

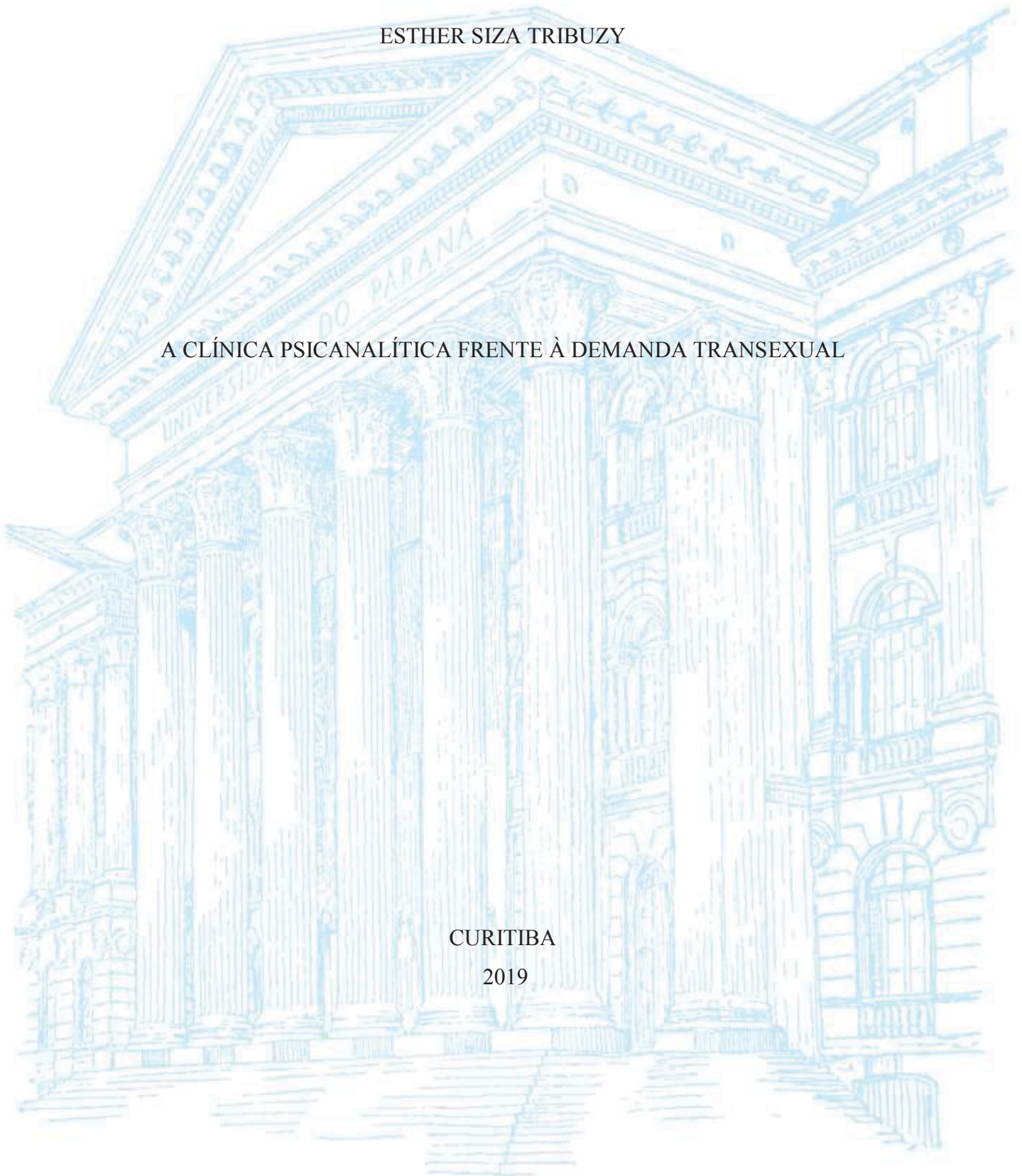
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ESTHER SIZA TRIBUZY

A CLÍNICA PSICANALÍTICA FRENTE À DEMANDA TRANSEXUAL

CURITIBA

2019



ESTHER SIZA TRIBUZY

A CLÍNICA PSICANALÍTICA FRENTE À DEMANDA TRANSEXUAL

Dissertação apresentada como requisito parcial ao título de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa Psicologia Clínica do Programa de Mestrado em Psicologia do Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Rosane Zétola Lustoza

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoela Nogueira – CRB 9/1607

Tribuzy, Esther Siza

A clínica psicanalítica frente à demanda transexual. / Esther Siza Tribuzy. –
Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Prof^a. Dr^a. Rosane Zétola Lustoza

1. Psicanálise. 2. Corpo humano – Aspectos psicológicos. 3. Transexuais.
4. Transexualidade. I. Lustoza, Rosane Zétola. II. Título.

CDD – 616.89170866




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ESTHER SIZA TRIBUZY**, intitulada: **A CLÍNICA PSICANALÍTICA FRENTE À DEMANDA TRANSEXUAL**, sob orientação da Profa. Dra. ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 27 de Setembro de 2019.


ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA
Presidente da Banca Examinadora


MAURICIO JOSE D'ESCRAGNOLLE CARDOSO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)


DEBORA PATRÍCIA NEMER PINHEIRO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067PQ

ATA Nº 198

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM PSICOLOGIA.**

No dia vinte e sete de setembro de dois mil e dezenove às 14:00 horas, na sala 208, Praça Santos Andrade, 50 2º andar do Setor de CIÊNCIAS HUMANAS da Universidade Federal do Paraná, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa da dissertação da mestranda **ESTHER SIZA TRIBUZY**, intitulada : **A CLÍNICA PSICANALÍTICA FRENTE À DEMANDA TRANSEXUAL**, sob orientação da Profa. Dra. ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná em PSICOLOGIA foi constituída pelos seguintes Membros: ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), DEBORA PATRICIA NEMER PINHEIRO (UNIVERSIDADE POSITIVO), MAURICIO JOSE D'ESCRAGNOLLE CARDOSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela **APROVAÇÃO**. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga do título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Observações: _____

Curitiba, 27 de Setembro de 2019.


ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA
Presidente da Banca Examinadora


MAURÍCIO JOSE D'ESCRAGNOLLE CARDOSO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)


DEBORA PATRICIA NEMER PINHEIRO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)

O caminho desse trabalho foi cheio de percalços e surpresas, um longo e difícil caminho, mas eu agradeço muito ter estado em boa companhia. Agradeço que existe o Outro, ainda mais na escrita quando, em últimas, estamos sós! Por isso, agradeço:

À Rosane Lustoza, minha orientadora, pela confiança no trabalho que incitou coragem para enfrentar desafios e permitiu liberdade na escrita.

À Sonia Alberti pelos apontamentos cuidadosos que me fizeram avançar na elaboração.

Ao Maurício Cardoso pelo diálogo, pelos debates, pela interlocução.

Ao CPATT que nas tantas conversas e discussões e tentativas de nos organizarmos me fez querer formalizar algo do que aprendo lá. Ao dizer CPATT digo todos os seus usuários, especialmente aos meus pacientes, pela paciência com que me ensinam. Digo também a nossa equipe: Adélia, Ana Lúcia, Ana Maria, Andressa, Edna, Emily, Ingrid, Karina, Luciane, Marcos, Rogério e Carla, que me deu a primeira aula sobre transexualidade.

Às minhas queridas colegas de mestrado Luiza e Paola que tornaram esse caminho mais alegre.

Aos colegas e amigos da Escola da Coisa Freudiana pela crítica assídua e porque precisamos de camaradas. Especialmente a Andrea Cañete, Janaína de Azevedo, Franciele Balduino, Elizabeth Moreschi, Marcus Cavassin, Márcio Vegas, Faridi Torres, Veridiana de Campos, Verônica Salvalaggio, Antonio Fumagalli, Silvana Aquim, Ana Cláudia Soares, Sady R. Pereira, Arisangeli Paiva.

À Tânia Mara Costa Pinto por me ensinar a ler.

À família pelo apoio com absolutamente tudo! Pai, mãe, Myrian, Nair, Tomaz, Ândrea, Kizzy, Isabela. Vocês fazem a diferença na vida.

Ao Semeador pela confiança com que posso deixar as crianças. Laís, Fafá, Dani, Ali, Edi.

Aos amigos queridos sem os quais esse caminho teria sido impossível, pela ajuda, pelas risadas, pela presença e pela compreensão na ausência. Especialmente a Natasha, Olga e Ander, Bea e Diego, Ana e Kruka, Paula e Xis, Ana Paula e Gustavo, Fernanda e Francisco, Iara e Fábio, Mônica, Lucía.

À Andressa Harpis, pela revisão e força na reta final.

Ao Mateus pelo desafio de desejar junto e transformar amor em ação. Você me deu os melhores presentes da vida e estamos aqui sobrevivendo a mais um parto.

E finalmente, Aurora, luz da minha vida e Joaquim, aconchego do meu coração, você realmente foi estabelecido pelo meu inconsciente, uma boa surpresa! Como aprendo com vocês dois todos os dias, desde o dia em que vocês chegaram na minha vida! Realmente um filho nos esfrega a castração na cara e é bom ter uma chance de não se assustar, de se ver em falta e reconhecer o desejo. Eu quis esse percurso, apesar do preço tão caro. Espero transmitir amor ao trabalho e ao saber. Por entenderem que a mamãe deseja muito além de vocês e ainda assim, por tantas madrugadas me tirarem do computador e me levarem pra cama!

Obrigada!

Eu vou te contar, que você não me conhece.
E eu tenho que gritar isso, porque você está surdo e não me ouve.
A sedução me escraviza a você, ao fim de tudo você permanece comigo,
mas preso ao que eu criei e não a mim.
E quanto mais falo sobre uma verdade inteira um abismo maior nos separa.
Você não tem um nome, eu tenho, você é um rosto na multidão
e eu sou o centro das atenções.
Mas a mentira da aparência do que eu sou e
a mentira da aparência do que você é.
Por que eu, eu não sou o meu nome e você não é ninguém.
O jogo perigoso que eu pratico aqui.
Ele busca chegar ao limite possível de aproximação.
Através da aceitação da distância e do reconhecimento dela.
Entre eu e você existe a notícia
que nos separa
E eu quero que você me veja nu,
eu me dispo da notícia
e a minha nudez parada te denuncia e espelha.
Eu me delato, tu me relatas
eu nos acuso o confesso por nós.
Só assim me livro das palavras com as quais você me veste.

(Fauzi Arap)

RESUMO

Partindo de uma clínica orientada pela psicanálise em ambulatório que visa atender a população que pede pelo processo transexualizador, este trabalho se propõe a debater a prática clínica orientada pela psicanálise, tomando como central o conceito psicanalítico de corpo e demanda. Para isso, apresentamos inicialmente um breve relato histórico do fenômeno e seus tratamentos ao longo da história de onde cernimos o que, para nós, caracteriza o fenômeno trans, na busca de fornecer uma definição que permita escapar tanto da abordagem limitada dos manuais classificatórios quanto das perspectivas em psicanálise que o atrelam a uma estrutura clínica determinada. Num segundo momento, propõe-se um debate sobre o conceito de corpo e imagem corporal. Em seguida, abordamos o conceito de demanda a prática clínica e as propostas institucionais destinadas a essa população regulamentadas no Brasil, apresentando nossos questionamentos sobre um trabalho com a demanda, tanto a partir da instituição quanto do paciente. Concluimos apresentando alguns breves relatos clínicos que interrogam a função da escuta ao receber um pedido de mudança no corpo. Avaliamos que não se trata de dizer algo sobre alguém, mas poder levar alguém a dizer de si, a se escutar e decidir com responsabilidade sobre si mesmo.

Palavras-chave: psicanálise, corpo, demanda, processo transexualizador, transexualidade.

ABSTRACT

Starting from a clinic oriented by psychoanalysis in an outpatient clinic that aims to attend the population that asks for the transsexualizing process, this work aims to discuss the clinical practice oriented by psychoanalysis, taking as central the psychoanalytical concept of body and demand. For this, we initially present a brief historical account of the phenomenon and its treatments throughout history from where we understand what, for us, characterizes the trans phenomenon, seeking to provide a definition that allows us to escape both the limited approach of the classification manuals and the perspectives on psychoanalysis that link it to a specific clinical structure. In a second moment, it is proposed a debate about the concept of body and body image. Then, we approach the concept of demand in clinical practice and institutional proposals for this population as regulated in Brazil, presenting our questions about a work with the demand, both from the institution and the patient. We conclude by presenting some brief clinical reports that question the function of listening when receiving a request for change in the body. We appreciate that this is not about saying something about someone but being able to get someone to say about themselves, to listen and decide responsibly about themselves.

Keywords: psychoanalysis, body, demand, transsexual process, transsexuality.

SUMÁRIO

Introdução.....	11
1. Fenômeno trans ao longo da história e seus tratamentos	15
2. Sobre o corpo	31
2.0 O pedido de mudança do corpo.....	31
2.1 Que corpo?.....	31
2.2 A linguagem e o funcionamento mental.....	36
2.3 A noção de Eu.....	44
2.4 O espelho	48
2.5 Édipo.....	58
2.6 A assunção de uma posição frente ao sexo	67
3. Sobre essa demanda	77
3.1 Atendimentos no CPATT	77
2.2 A psicanálise e a oferta de escuta nesse ambiente.....	80
2.3 A instituição, os protocolos e um psicanalista	88
3. Vinhetas clínicas.....	103
Considerações finais.....	114
Referências.....	117

INTRODUÇÃO

O trabalho analítico com travestis e transexuais interroga diariamente a relação entre sexo biológico e identidade de gênero¹. Observa-se ali um descolamento entre corpo e identidade, uma separação entre a anatomia do corpo e o modo com que ele é tomado e representado. As vivências trans² demonstram claramente que a construção de uma identidade masculina ou feminina não está necessariamente associada à genitália ou a qualquer característica sexual secundária. Deste modo, fica claro a partir do que se observa no trabalho desenvolvido no CPATT³ que ter um pênis não implica em ser homem e ter uma vagina não faz de alguém uma mulher. Verdade que, embora constatável em qualquer tratamento analítico, torna-se escancarada na clínica em exame, já que o fenômeno trans nos coloca diante da possibilidade de afirmar existirem homens com vaginas e mulheres com pênis.

A questão se acentua quando atentamos para o fato de que a diferença sexual orgânica implica em diferenças físicas que vão muito além do órgão genital. Os traços do corpo e rosto se moldam distintamente no macho e na fêmea do ser humano, a distribuição de pelos, de gordura, de músculo é indiscutivelmente heterogênea. Ainda que tudo isso esteja posto, não podemos afirmar que haja a correspondência entre sexo e gênero, ou a congruência entre corpo e identidade, o que nos permite observar a fragilidade da noção de unidade entre *eu* e *corpo*. Esse fenômeno demonstra que pode haver a instalação ou de um **conflito** entre o próprio corpo e o psiquismo, o que aparece no discurso como: *gostaria de ter mãos maiores (ou menores), preciso retirar (ou colocar) mamas*; ou de uma **recusa** do corpo: *este corpo não sou eu, estou no corpo errado*.

Este conflito ou recusa não é exclusividade do fenômeno trans, muito pelo contrário. O comum é encontrarmos em qualquer ser humano alguma queixa sobre o

¹ As proposições dos estudos de gênero não serão desenvolvidas aqui, para nos mantermos dentro do campo da psicanálise. Embora reconheçamos que os apontamentos dessas teorias nos tragam questões importantes, essas não são as nossas. Situamos apenas que o gênero masculino ou feminino, como uma ideia social de identidade, pode se associar a corpos anatomicamente masculinos ou femininos, o que nos dá 4 possibilidades de associação entre eles: homens e mulheres cisgênero, onde o corpo e identidade são congruentes; e homens e mulheres trans, identidade social ou psíquica não corresponde a anatomia.

² Usamos o termo vivência trans para aludir tanto às travestilidades quanto às transexualidades.

³ Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais, CPATT, ambulatório da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, SESA PR, no qual ocupo o cargo de psicóloga clínica, integrando equipe multiprofissional no intuito de viabilizar e acompanhar o processo transexualizador, conforme prevê a Portaria n. 2803 do Ministério da Saúde de novembro de 2013.

próprio corpo e várias tentativas de se apaziguar com esse incômodo. Aquilo que nos parece marcar a diferença com relação à maioria das pessoas é que, em função dessa discrepância entre corpo e psiquismo, as pessoas trans decidem começar o que se chama processo transexualizador. Tal processo abrange mudanças comportamentais e corporais, através de tratamento hormonal, intervenções estéticas, e muitas vezes, cirúrgicas, pelos quais as pessoas se submetem a alterações drásticas no corpo no intuito de se assemelharem ou passarem para o gênero ao qual se sentem pertencer.

No Brasil, esse processo transexualizador está regulamentado pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria MS número 2803 datada de 19 de novembro de 2013, que veio ampliar uma legislação anterior instituída em 2008 (Portaria do MS número 457) que não previa cirurgias. Além dessa legislação, há uma série de outras normativas que visam orientar e dar subsídios aos trabalhos de equipes de saúde junto a essa população.

Para começar, apresentaremos um pouco da história do fenômeno e as propostas de intervenção sobre ele, na tentativa de localizar no tempo, espaço e na cultura, o lugar dessa experiência e ainda buscar debater a contemporaneidade atrelada à demanda de tratamento da transexualidade. Veremos nesse primeiro capítulo um pouco do como esse pedido de transformação de um gênero para o outro se apresentou ao longo da história e o que a sociedade de cada época fez com tal demanda. Trata-se de um pequeno apanhado histórico para situar que esse não é um fenômeno recente, exclusivo do nosso tempo ou que se inaugura com a oferta de mudança. Pelo contrário, deixa notícias há muito na humanidade. Sabendo disso, nos perguntamos o que tem de atual nesse pedido de passar para o outro sexo e como ele tem sido recebido pelas áreas de saúde ao longo do tempo?

Essa pergunta a qual a história nos conduz será tomada a debate num segundo momento do texto. A fim de construir um caminho sobre como lidar com essa demanda, vamos cerni-la. Ou seja, buscaremos precisar o pedido: que pedido é esse de transformação, de mudança do corpo. Em princípio, aliás, nos perguntaremos sobre o que é o corpo para a psicanálise e como se dá sua composição; de que falamos quando falamos de corpo em referência a uma identidade sexuada e como podemos abordar essa transição.

Adiante nesse trabalho, buscaremos dar um posicionamento clínico frente ao pedido situado no capítulo anterior. Ao receber esse pedido, o que pode um analista aí? Como dirigir esse trabalho? Nesse momento precisaremos levar em consideração o contexto no

qual estamos inseridos a fim de propor um debate sobre a prática clínica possível dentro dessas configurações, bem como questionamentos sobre a função de uma escuta ofertada aí no CPATT, além da problemática que nos trouxe essa população. Iremos caracterizar o posicionamento da equipe e uma possível atuação do psicólogo ancorado na psicanálise enquanto integrante dessa equipe. Queremos com isso delinear as expectativas que cercam este trabalho, tanto do lado institucional quanto do lado do paciente e uma proposta ética de como lidar com elas que nos autoriza a ocupar este lugar. Apresentaremos, portanto, nossos questionamentos sobre um trabalho com a demanda. Buscaremos fazer uma diferença entre responder o que é inicialmente apresentado como pedido e como promover uma abertura ao trabalho clínico, no sentido de levar alguém a inclinar-se sobre uma questão própria. Como se posicionar frente aos pedidos da equipe e do paciente? Como possibilitar esse posicionamento crítico, verdadeiramente analítico que permita interrogar a todos nós? Seria isso, de fato, possível?

Na sequência, traremos alguns breves relatos clínicos a fim de ilustrar esse posicionamento ético frente a um pedido de transformação. As vinhetas clínicas darão suporte para apresentar algumas situações e posicionamentos norteadores. Analisaremos os casos a partir do que foi possível constatar também como resultados terapêuticos, de estabilizações ou não.

Por fim, concluímos com questões e problematizações quanto ao espaço de trabalho para se construir uma clínica que comporte as diferenças e singularidades. Assim, em psicanálise não poderemos dizer que toda transexualidade é psicótica ou neurótica ou perversa, ou pior, que um diagnóstico estrutural não tem mais valor para essa clínica. Importa nos situarmos quanto a essa diferença clínica que cada diagnóstico comporta e, portanto, não perdermos de vista que fenômeno não indica estrutura de modo que sobrepor os termos é estar fora do campo analítico.

Podemos estar advertidos ao receber um transexual dessa possibilidade. Todavia, seria prudente estarmos advertidos dessa possibilidade *sempre* que recebemos alguém, *qualquer pessoa*. Gostaríamos de debater também o julgamento moral que se faz de um diagnóstico de psicose como invalidante. Contudo, ao falarmos em psicose aqui, não remetemos a caricaturas da loucura na sociedade onde figura o louco babando. Até porque este que baba, em geral dopado, pode ser um neurótico. Também importa fazer notar que ao

dizer *perverso*, em psicanálise, não significa dizer malvado, cruel ou criminoso... talvez signifique isso se estivermos em outro contexto, mais informal, sem qualquer rigor conceitual, mas não é o caso. O perverso aqui é alguém que se relaciona com o próprio gozo de modo tão rigorosamente restrito que não pode derivar possibilidades, está preso, amarrado a um modo exclusivo de satisfação da pulsão e não consegue fazê-la deslizar, um modo de satisfação infantil necessariamente impedido de ultrapassar o complexo de castração. Além disso, o diagnóstico estrutural qualquer que seja, não significa imediatamente um fenômeno. Sabemos de pessoas nas três estruturas, neuróticos, psicóticos e perversos, que vieram a ter grande reconhecimento nas mais diversas áreas do saber e das artes. Como desfecho, lançamos perguntas e apontamentos que o percurso até aqui nos permitiu traçar.

1. FENÔMENO TRANS AO LONGO DA HISTÓRIA E SEUS TRATAMENTOS

A revista *National Geographic Brasil* em janeiro de 2017 lançou uma edição especial intitulada *A revolução do gênero – novas identidades e comportamentos mudam a cara dos jovens do século 21*. A revista traz várias reportagens sobre o impacto de crescer sob a marca de cada gênero, o tornar-se homem ou mulher e as consequências sociais desses caminhos em diversas sociedades e traz ainda uma série de definições de gênero, possibilidades de apresentação das pessoas dentro de um certo espectro de gênero. “Em um grau inimaginável uma década atrás, o assunto profundamente pessoal da identidade de gênero entrou para a esfera pública”, diz responsável pelo editorial, Henry Leutwyler na revista. De fato, precisamos lidar com o assunto na esfera pública, principalmente porque o tema segue sendo assustador para grande parte da sociedade a ponto de propostas que visam combater o preconceito nas escolas poderem ser vistas como incentivo à homossexualidade ou tentativas de confundir as crianças quanto ao seu próprio gênero. Sobre esse susto, podemos ao menos colocar alguns focos de luz e buscar realmente lidar com o assunto. Pode ser que no início dos anos 2000 ninguém imaginasse tantas letras a mais na sigla que começou sendo GLS. Como afirma Henry Frignet em vários momentos de seu livro *O transexualismo*, esse modo de apresentar a identidade sexuada na humanidade encontrou uma expansão que muito deve ao modo como a sociedade moderna tomou o fenômeno.

De acordo com Keila Simpson, travesti brasileira muito conhecida na militância pelos direitos da população trans, em publicação do Ministério da Saúde intitulada “Transexualidade e travestilidade na saúde” (Brasil, 2015), os primeiros registros de população trans no Brasil se deram em espetáculos teatrais nas décadas de 60 e 70. Mas, quem nunca ouviu falar de Madame Satã? A personagem, drag ou travesti, não teremos a certeza de como chamá-la hoje, até porque essa nomenclatura não existia naquela época, mas sabemos que ela foi nomeada João Francisco ao nascer em pleno carnaval de 1900. Embora designada homem e apesar desse nome masculino, sabemos que essa figura passou grande parte da sua vida travestida, reconhecidamente desde meados dos anos 30. Nessa mesma época e, portanto, contemporânea de Madame Satã, mais precisamente em 1937, temos outra notícia de uma vivência trans, ainda que venha da fantasia de Assis Valente, que compôs “Camisa listrada”. Carmen Miranda emprestou sua voz ao samba, cuja letra

conta a história de um ‘doutor’ que veste uma saia, uma combinação, “se fantasia de Antonieta e vai dançar no Bola Preta até o sol raiar!” (Assis Valente, 1937).

Ponto esses dois personagens para destacar que esse fenômeno não é assim tão recente. Estamos falando dos anos 30 quando ainda não havia à disposição os hormônios sexuais que permitem hoje a hormonização de pessoas trans, nem as ofertas de cirurgias. Sequer contávamos com as teorias de gênero propondo a construção de uma identidade de gênero como uma construção social. Mas já havia experiências que nos fazem refletir retroativamente se já não estavam ali pessoas que hoje seriam chamadas trans. Também nesse período, na Europa, muito se fez em torno dessa temática. Segundo Castel (2001) foi nos anos 30 que se isolou e produziu pela primeira vez um hormônio sexual. Também foi nessa mesma década que morreu Lili Elbe, a garota dinamarquesa, após a quinta cirurgia de readequação sexual. Cirurgias que, segundo o autor, começaram com experiências de implantações de ovários na tentativa de Magnus Hirschfeld, médico e sexólogo alemão, em atender pedidos de transição desde 1910.

Tendo isso em vista, verificamos ao longo da história várias formas de receber e dar tratamento ao fenômeno trans. Lembramos que à psicanálise importa a história, o lugar na cultura a partir do qual a experiência é tomada, contada. Historicizar, dar contornos simbólicos, é também parte do processo de dar sentido a um fato para então analisá-lo. E com Lacan lembramos que não há fatos, senão pelo fato do discurso (Lacan, 1971, p.12). Assim, vamos à contação e contagem dos fatos, uma vez que pudemos encontrar um desacordo entre corpo e identidade desde muito antigamente. Pontuamos três acontecimentos da história antiga que nos parecem, no mínimo, curiosos.

Segundo Souza (2010), em 1504 a.C. a rainha egípcia Hatshepsut, legítima herdeira do Egito sobe ao trono, casada com seu meio-irmão Thutmés II, filho do faraó Thutmés I com uma esposa secundária. Com a morte do faraó pouco tempo depois da ascensão ao trono, o filho do faraó com a esposa secundária assumiria o poder, visto que a rainha teve apenas uma filha. Contudo, Thutmés III, tinha apenas dois ou três anos de idade quando da morte de seu pai, o faraó. Assim, Hatshepsut assume como regente. Anos mais tarde, se apresenta como faraó, uma figura masculina, portanto. Passa a usar roupas masculinas e uma barba falsa, sendo muitas vezes representada sem mamas. Não podemos afirmar que era um homem trans, mas certamente era uma pessoa nascida biologicamente mulher e que

no século XVI a.C. questionou o papel que lhe cabia e ousou mudar inclusive sua aparência, seu modo de se vestir, de se portar e de se apresentar socialmente. Pôde transformar-se. Não sabemos exatamente se o fez para exigir algo que julgava ser seu de direito, o trono, e para tanto precisou se fazer reconhecer assim pela corte e pela sociedade ou por que mais o teria feito. De qualquer forma, seu reinado como faraó, durou 22 anos.

O primeiro tratamento que encontramos para a experiência trans, remete à Grécia antiga quando Hipócrates se refere aos Citas⁴ (Hipócrates como citado por Clavreul, pp.76-77). Dizia ele que havia entre esse povo homens afeminados, impotentes, que viviam como mulheres, se vestiam como mulheres e se ocupavam de trabalhos femininos. O tratamento visava a impotência e era feito do seguinte modo:

no início do mal, eles abrem a veia localizada atrás de cada uma das orelhas. Quando o sangue corre, a fraqueza excita o sono, e eles adormecem; depois acordam, uns curados, outros não. (...) Isso feito, quando eles vão procurar uma mulher e não podem ter relações com ela, inicialmente se inquietam um pouco e ficam em repouso. Mas se em duas, três ou mais tentativas não têm melhor sorte, eles imaginam ter cometido alguma ofensa em relação ao deus ao qual atribuem sua aflição, e vestem roupas de mulher. Declaram sua impotência; a partir de então vivem como as mulheres e se entregam às mesmas ocupações delas (Hipócrates como citado por Clavreul, pp.76-77).

Sublinhamos que, com a falha do tratamento, esses homens Citas passavam a viver como mulheres, e isso aconteceu há cerca de 5 mil anos, até o século I a.C., antes desse povo desaparecer.

O fato mais recente da história antiga nos conta Green (como citado por Couto, 2013). Segundo o autor, vários imperadores romanos foram descritos como afeminados ou travestidos, com destaque para dois deles. O primeiro, o imperador romano Nero, que após matar a chutes a esposa grávida, em 67 d.C. ordenou que fosse castrado e transformado em mulher um escravo cuja aparência remetia à falecida esposa. Depois da cirurgia, o tomou por esposa legalmente, numa cerimônia oficial, e Sporus, como se chamava o escravo, viveu como mulher dali em diante. Nero se suicidou no ano seguinte. Outro imperador romano, Elabagalus, de 220 d.C. chama atenção, pois vestia-se com roupas femininas, usava maquiagem e oferecia grande recompensa (metade do seu império) ao médico que

⁴ Povo da Antiguidade Clássica formado por nômades equestres que vivia na região da estepe pôntico-cáspia do IX ao I século a.C., que naquele tempo era conhecida como Cítia. Disponível em: <https://en.wikipedia.org/wiki/Scythians>.

lhe desse uma genitália feminina. Também se casou com um escravo, chamado Hierocles. Desta vez, contudo, o imperador era a esposa.

Nos anos seguintes, não encontramos registros de vivências trans, sabemos, todavia, que durante um tempo (momento que parece coincidir com a Idade Média), essas formas de expressão deixaram de ser toleradas e sobre isso encontramos alguns registros. Apesar de poucas notícias, é de se duvidar que as vivências trans tenham se interrompido nesse período. Segundo Cerini (2010), a condenação de Joana D’Arc, por exemplo, se deu dentre outras coisas por usar roupas masculinas e se recusar a adotar roupas femininas. No dia 30 de maio de 1431 ela foi queimada.

A partir de 1865, entretanto, os registros reaparecem, e são muitos. Nesse ano, ao preparar o cadáver do médico James Miranda Barry para o enterro, a enfermeira descobre que ele era uma mulher. Dr. James foi o primeiro cirurgião a fazer com sucesso uma cesariana no continente africano após a qual mãe e bebê sobreviveram. Ele tinha um alto cargo no exército inglês e, ao que a história indica, viveu como homem em segredo para poder estudar medicina desde 1789, o que só veio a público com seu falecimento, anos mais tarde (Rizzi, 2012).

Poucos anos mais tarde começam a ser publicados estudos sobre o tema. Em 1869 é publicado por Karl Friedrich Otto Westphal o primeiro artigo médico descrevendo algo como a transexualidade, intitulado: “*Die conträre Sexualempfindung*” ou “Sentimento sexual contrário” (1869).

Krafft-Ebing, médico psiquiatra alemão publica em 1886 *Psychopathia Sexualis* no qual “situa os casos correspondentes ao transexualismo como um dos níveis da inversão sexual, em uma escala que varia do ‘hermafroditismo psicosexual à metamorfose sexual paranóica’”. Apresenta autorrelatos de um médico húngaro que em muito se assemelham com os relatos atuais de transexuais.

Também às voltas com o sexual, Freud (1905) faz referência a esse livro de Krafft-Ebing no primeiro de seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) e critica uma suposta origem neuroendocrinológica da transexualidade afirmando: “‘um cérebro feminino num corpo masculino’. Entretanto, ignoramos quais seriam as características de um ‘cérebro feminino’. A substituição do problema psicológico pelo anatômico é tão inútil quanto injustificada” (p.135). Em 1905 Freud já podia afirmar o que retoma mais tarde

acerca da impossibilidade de se apoiar na anatomia para resolver a questão psicológica do sexo e da diferença sexual. Para ele, que já trabalhava com a pulsão, e que já havia constatado em si mesmo o impossível do real do sexo, a questão estava em outro lugar. Ele pôde afirmar aí que não se tratava de uma falha no corpo, mas de uma questão que o sexo comporta e que nos leva todos a questionarmos quanto ao que somos frente ao Outro e como lidamos com a pulsão. Era ponto decisivo para ele situar a questão com relação ao sexo e sustentar uma postura ética frente a isso. Como disse em *Psicologia das Massas e análise do eu* (Freud, 1921):

Na psicanálise esses instintos amorosos são chamados, *a potiori* [de preferência] e devido à sua origem, de instintos sexuais. A maioria das pessoas “educadas” sentiu-se ofendida com essa denominação, e vingou-se lançando à psicanálise a acusação de “pansexualismo”. Quem toma a sexualidade por algo vergonhoso e humilhante para a natureza humana tem inteira liberdade para usar expressões mais nobres, como “Eros” e “erotismo”. Eu próprio poderia tê-lo feito desde o início, poupando-me de muita hostilidade. Mas não quis fazê-lo, porque prefiro evitar concessões à pusilanimidade. Nunca se sabe aonde conduz esse caminho; primeiro cedemos nas palavras, e depois, pouco a pouco, também na coisa. Não consigo ver nenhum mérito em ter vergonha da sexualidade; a palavra grega “Eros”, que deveria minorar o insulto, é tão somente a tradução da palavra alemã “amor” [*Liebe*], e, afinal, quem pode esperar não precisa fazer concessões (p.33).

Ali no início do século, também já lhe era claro que a carga sexual é o motor da nossa vida anímica. Como observamos na citação abaixo:

Devo primeiramente esclarecer [...] que essas psiconeuroses, [...] baseiam-se em forças pulsionais de cunho sexual. Não quero dizer com isso apenas que a energia da pulsão sexual faz uma contribuição para as forças que sustentam os fenômenos patológicos (os sintomas), e sim asseverar expressamente que essa contribuição é a única fonte energética constante da neurose e a mais importante de todas, de tal sorte que a vida sexual das pessoas em pauta expressa-se de maneira exclusiva, ou predominante, ou apenas parcial, nesses sintomas. Como exprimi em outro lugar, os sintomas são a atividade sexual dos doentes. [...] os sintomas representam um substituto de aspirações que extraem sua força da fonte da pulsão sexual (Freud, 1905, p.154).

Contudo, a proposta freudiana de lidar com o material sexual, já em 1905, não ia no sentido de prontamente sanar a queixa, atendê-la ou repará-la. Não visava buscar punição aos possíveis abusadores das suas históricas, nem recomendava liberação sexual, como se lê em *Sobre a psicoterapia*, texto do mesmo ano dos *Três ensaios*. Tinha clareza de que em cada sintoma havia um conflito inconsciente que o sustentava. Sua recomendação como

podemos ler no texto, era de que o sexual pudesse ser escutado, e que tivesse suas questões investigadas, respeitando os impasses com a resistência que se apresentava a cada tentativa de análise do material inconsciente, afinal, a ideia não foi deixada sob a barra do recalque à toa e, certamente, “o afloramento desse inconsciente está vinculado ao desprazer, e é por causa desse desprazer que o doente o rejeita vez após outra” (Freud, 1905, p.252).

Embora fosse esse o posicionamento freudiano, havia estudos e trabalhos sendo desenvolvidos no sentido de viabilizar atender a demanda de passar de um ao outro sexo. Magnus Hirschfeld publicou em 1910 *Die Travestiten*, cunhando o novo termo fruto de suas pesquisas e atendimentos a população trans. Fundou a primeira clínica em Berlim visando atender e pesquisar essa população. Em 1912, Magnus Hirschfeld, sugeriu a Eugen Steinach suas experiências sobre as glândulas endócrinas, e menciona uma primeira intervenção cirúrgica e hormonal de redefinição sexual. Havia naquela época uma proposta de tratar histéricas com a retirada dos ovários que podiam ser transplantados para corpos originalmente masculinos no intuito de hormonizá-los. Não temos muitas notícias do que foi pesquisado e produzido ali, pois, em 1933 o prédio e seus arquivos foram queimados pelo terceiro Reich, e o pesquisador morto em 1935⁵.

Freud parecia estar acompanhando esses avanços, pois em 1920 acrescenta uma nota ao primeiro dos seus *Três ensaios* referindo-se aos pesquisadores citados acima. Segundo ele, Eugen Steinach havia conseguido transformar diversas espécies de mamíferos machos em fêmeas e vice-versa, mediante procedimento experimental de castração e enxerto subsequente das gônadas do sexo oposto (p.139) e segue

Em determinado caso conseguiu-se essa transformação sexual num homem que perdera seus testículos por causa de uma tuberculose. Na vida amorosa ele se comportava como homossexual passivo, feminino (ausência de pelos e barba, acumulação de gordura nas mamas e nos quadris). Após o implante de um testículo retido proveniente de outro homem, começou a comportar-se com masculinidade e orientar sua libido para mulheres de maneira normal. Ao mesmo tempo, desapareceram os caracteres somáticos femininos (Lipschütz, 1919, pp 356-357 como citado por Freud, 1905, p.139).

Embora a par dos experimentos, Freud mantém a ideia de uma “bissexualidade universal”. Fazemos um pequeno parêntese nessa cronologia, pois, hoje, conhecendo as

⁵ Disponível em: <http://www.cbc.ca/doczone/features/timeline-transgender-through-history> e http://bilerico.lgbtqnation.com/2008/03/transgender_hist_ory_from_germany_to_ston.php

pesquisas hormonais já desenvolvidas até aqui, sabemos que a influência das gônadas e, consequentemente, dos hormônios, não teria essa influência tão definitiva na *produção de uma identidade* se não contar com algo do psiquismo que se acomode ou se conforme às intervenções no corpo. Caso isso fosse possível, não poderíamos encontrar pessoas com transtornos hormonais, ou que se submeteram a cirurgias extraíndo as gônadas e que seguem no mesmo gênero; tampouco estaríamos aqui debatendo a transexualidade nesses termos, visto que alguém com desenvolvimento normal dos órgãos sexuais biológicos, gônadas e genitálias não poderia hoje viver essa experiência. Mas o que a vida nos mostra é que isso também é possível.

Concomitantemente a esses primeiros experimentos, temos o primeiro caso documentado de transição cirúrgica nos Estados Unidos. Alan (Lucille) Hart se submeteu a uma histerectomia total⁶ e começou a viver como homem, sendo essa a primeira operação de readaptação sexual de que se tem notícia, realizada em 1917. A faloplastia⁷ começava a ser uma técnica bem dominada graças a Harold Gillies um dos pais da cirurgia plástica, que a havia experimentado em 1917 em soldados mutilados. Gillies redigiu um manual de cirurgia urogenital sobre esses pacientes e seu nome está ligado a primeira neofaloplastia realizada em Michael (Laura) Dillon no ano de 1946. Esse homem trans já havia se tornado Lawrence Michael anos antes, quando começou a se *passar por homem* após doses de testosterona para diminuir o fluxo menstrual, e ter se submetido a uma mastectomia por volta de 1940. Dillon tornou-se o primeiro militante do *direito moral* à mudança de sexo. Entretanto, apenas em 1958, treze cirurgias depois da primeira, a neofaloplastia de Michael Dillon foi completada por Dr. Judy T Wu na Rússia (quem aprimorou o procedimento). Apesar do século transcorrido entre as primeiras cirurgias até hoje, de 1917 a 2019, e dos avanços tecnológicos conquistados, ainda não temos resultados que permitam uma construção peniana totalmente funcional, não sendo, viável até onde se tem notícias hoje, uma ereção sem suporte mecânico.

⁶ Histerectomia total – cirurgia que retira útero, colo do útero, ovários e trompas de falópio do organismo anatomicamente feminino.

⁷ Faloplastia - cirurgia que visa reconstruir um pênis. Começou a ser feita em homens mutilados na primeira guerra mundial. Quando da construção de um pênis a partir de uma vagina, o procedimento é chamado neofaloplastia. Essa cirurgia ainda tem seus resultados questionados. No Brasil só é feita em caráter experimental.

Quanto às cirurgias em mulheres trans, de acordo com Castel, a vaginoplastia⁸ era uma técnica bem dominada desde a segunda metade do século XIX devido ao tratamento para a Síndrome de Rokitansky⁹. Já a primeira cirurgia de adequação feita em um corpo biológico masculino, foi feita em Dresden por Felix Abraham, aluno de Magnus Hirschfeld em ‘Rudolf’ com intuito de dar-lhe uma aparência feminina. Logo em seguida, o pintor Einar Wegener, que já dava vida a Lili Elbe com adequações estéticas, decidiu se submeter em 1923, quando estava com 40 anos, à primeira cirurgia para adequar seu corpo à sua realidade psíquica feminina. Assim, começou uma série de cirurgias e, na quinta, para um transplante de útero, a garota dinamarquesa faleceu, em 1931 (Castel, 2001, p.94). Na Dinamarca também foram realizadas outras cirurgias bem-sucedidas, tal como a de Robert Cowuall, aviador da Segunda Guerra Mundial, que se tornou Roberta Cowuall, ainda que sem destaque e divulgação (Frignet, 2004, p.200). Porém com a intervenção praticada por Christian Hamburger, em 1952, num jovem de 28 anos chamado George Jorgensen, ex-soldado do exército americano, esse procedimento foi noticiado e ganhou notoriedade, marcando uma “nova forma de interpretar o fenômeno, provocando enorme interesse por parte da sexologia, da endocrinologia, da urologia e da psiquiatria na pesquisa e tratamento do transexualismo” (Arán, 2006). Segundo Chiland como citado por Arán, quando a cirurgia veio a público, “Hamburger teria recebido 465 cartas de pessoas que se identificaram com a história de George e demandaram tratamento”. Esse caso é analisado por Henry Frignet e traz um detalhado panorama da situação em torno deste que chamou de caso *princeps* no nascimento do transexualismo. Ele pondera como esse elemento, um lugar social, que poderia ser considerado a princípio externo ao caso, foi e é essencial para que o fenômeno tenha a repercussão que tem. Segundo ele, os meios de comunicação viram ali uma grande oportunidade de vender a estória e não só isso, tal transformação de um sexo ao outro é de fato muito curiosa e instiga qualquer ser humano num ponto que, em geral, é um enigma, a saber: a Castração. Castração aqui como a nomeou Freud, ou seja, remetendo a divisão subjetiva à qual estamos submetidos quando dentro da lógica fálica, independente

⁸ A vaginoplastia é o nome da cirurgia que se configura na criação ou reforma cirúrgica de tecido para construir uma nova vagina ou o procedimento cirúrgico para reconstituição da anatomia vulvo-vaginal. Quando feita a partir de tecido de uma vagina é chamada vaginoplastia e quando a partir de um pênis é denominada neovulvo ou neovaginoplastia.

⁹ Síndrome rara que provoca alterações no útero e na vagina de mulheres cisgêneras, fazendo com que se encontrem pouco desenvolvidos ou ausentes.

de qual lado da partilha do sexo estejamos. Além desse furor social trazido pelo caso Jorgensen, veio como modelo o posicionamento daqueles que se incumbiram de seu tratamento. Frignet retoma o que Freud adverte sempre que fala sobre o trabalho do analista, quando adverte que “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas” (Freud, 1910, p.130) Nas palavras de Frignet (2002): “todos aqueles a quem se endereça a demanda do transexualismo reagem com sua subjetividade própria e, portanto, seu próprio inconsciente, num campo que toca no ponto mais sensível de um indivíduo em sua relação consigo mesmo” (p.124). Mas as propostas de tratamento, ou aqueles que o buscavam, não se endereçavam à psicanálise, nem sequer à psiquiatria. A intervenção que era considerada era um ato que não visava “aliviar ou acalmar um sofrimento psíquico, mas chegar a um fim que passa pela rigorosa colocação em ato da vontade do requerente” (p.125). O que leva aos atos – cirurgias e hormonização.

Quanto às cirurgias, embora venham acontecendo há algum tempo, e a técnica que as tornou possíveis tenha avançado bastante, o que permite uma boa recuperação das pacientes submetidas à cirurgia, sem tantas complicações cirúrgicas, bem como uma boa aparência e funcionalidade à neovagina, e ainda que os protocolos tenham avançado e constituído certo consenso, ainda há questionamentos com relação à realização de tais procedimentos e quanto aos critérios para eleger os pacientes. Percebemos que esses questionamentos se dão principalmente quanto ao critério de diferenciação de um transexual que se beneficiaria da cirurgia sem arrependimentos e uma pessoa trans que poderia vir a se arrepender, ou ter um quadro de descompensação psíquica após a intervenção. De fato, é preciso poder fazer essa distinção e avaliar um prognóstico de cada caso. No Brasil tanto a metoidoplastia¹⁰, quanto a faloplastia são realizadas apenas em caráter experimental e a construção de neovagina é feita em poucos centros cirúrgicos¹¹.

A transição hormonal só foi possível após a síntese de hormônios femininos e masculinos, o que se deu durante os anos 30 e 40. No intuito de atender a demanda de

¹⁰ Metoidoplastia consiste em uma cirurgia que visa incluir o canal da uretra no clitóris e alongá-lo, construindo um novo micro-pênis a partir do tecido da genitália feminina.

¹¹ Até o início desse trabalho, havia 5 centros habilitados pelo Ministério da Saúde nos seguintes estados: Goiás, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo.

transição que seguia se apresentando à medicina, em 1948, Harry Benjamin¹², médico alemão radicado nos EUA, decide começar um tratamento com Premarin (droga produzida em 1941, que contém estrogênios conjugados), ao ser procurado por um jovem que “desejava se transformar em mulher”. O médico teria percebido que havia ali uma diferença entre o que acontecia com o jovem e a travestilidade, em função disso, decide por intervir quimicamente. Além disso, passa a usar o termo “transexual” para nomear esses casos e distingui-los das travestilidades a partir da ideia de *transexualismo psíquico* ou *transexualismo da alma* sugerido por Hirschfeld em 1932. Sua clínica começa a ser procurada por essa população e seu trabalho com transição hormonal se propaga tanto e a tal ponto que a primeira associação profissional sobre o assunto carregou seu nome a *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA), atualmente conhecida como **World Professional Association for Transgender Health, Inc.** (WPATH) (Associação Profissional Mundial para a Saúde dos Transgêneros). Benjamin

propõe uma escala de ‘orientação sexual’, inspirado nas classificações criadas ainda no século XIX por Krafft-Ebing, Hirschfeld e Ellis, a qual estabelece a um só tempo uma diferença entre travestismo e transexualismo, assim como a exclusão da homossexualidade, dado que os pacientes se definiram como heterossexuais (Arán, 2006, p.53).

Desde 1979, a WPATH tem um protocolo de como prestar assistência a pessoas trans, *Standards of Care* (SOC), cuja última versão de 2012 propõe algumas normas e opções para o tratamento médico e psicológico da disforia de gênero, que incluem:

- Alterações na expressão e no papel de gênero (que pode envolver viver tempo integral ou parcial em outro papel de gênero, de acordo com a identidade de gênero da pessoa);
- 11 Normas de atenção
- 7ª versão Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero
- Terapia hormonal para feminilizar ou masculinizar o corpo;
- Cirurgias para mudar as características sexuais primárias e/ou secundárias (por exemplo, seios/peito, genitais externos e/ou internos, características faciais, forma do corpo);
- Psicoterapia (individual, de casal, familiar ou grupal) para fins tais como explorar a identidade, o papel e a expressão de gênero; abordar o impacto negativo da disforia de gênero e o estigma na saúde mental; aliviar a transfobia internalizada; aumentar o apoio social e entre pares; melhorar a imagem corporal; ou promover resiliência (WPATH, 2012, p.10).

¹² Benjamin havia feito o doutorado em infectologia na cidade de Tübingen se dedicando ao estudo da tuberculose, o que nos remete ao caso citado por Freud de perda de testículo de um homem com tuberculose. Porém não temos essa informação.

O protocolo fornece ainda sugestões de opções para apoio social e mudanças na expressão de gênero a fim de ajudar a aliviar a disforia de gênero nos seguintes termos:

- Recursos, grupos ou organizações comunitárias de apoio entre pares, pessoalmente ou online, que forneçam vias de apoio social e de promoção de direitos;
- Recursos de apoio para as famílias e amigos/as, pessoalmente ou online;
- Terapia de voz e comunicação para ajudar as pessoas a desenvolverem habilidades de comunicação verbal e não-verbal que facilitem o conforto com a sua identidade como gênero;
- Depilação através de eletrólise, tratamento com laser ou depilação com cera;
- Utilização de faixas peitorais/coletes compressores ou enchimento dos peitos, oclusão genital ou prótese de pênis, enchimento dos quadris ou glúteos;
- Mudanças de nome e do marcador de sexo nos documentos de identidade (WPATH, 2012, p.11).

Esse protocolo, apesar de ser muito utilizado também é muito criticado, pois mantém uma abordagem clínica que se concentra em identificar um possível candidato adequado “para a redesignação de sexo para facilitar uma mudança física de homem a mulher ou de mulher a homem da maneira mais completa possível” (WPATH, 2012, p.9) e segundo as atuais militâncias, é preciso mais que encontrar o verdadeiro trans, aquele que poderia/deveria se submeter a uma cirurgia. Conhecemos também um *Guía de buenas practicas para La atención sanitaria a personas trans em el marco del sistema nacional de salud*, protocolo elaborado pela *Red por La despatologización de las identidades trans del Estado español*. Esse protocolo vem sendo bem aceito tanto pela militância quanto por uma linha mais humanista de atendimento a vivências trans, como bem nos aponta Borba (2014), muito coerente com a proposta de despatologização e de liberdade e autonomia dos sujeitos¹³. Nenhuma dessas abordagens considera que se possa interrogar a vontade daquele que reivindica a transição. Uma intervenção pautada na fala e no inconsciente não poderia de qualquer forma estar em um protocolo.

Essa atitude, que exclui, de fato – no paciente como no profissional –, qualquer interrogação sobre a articulação da demanda e a posição subjetiva do requerente, anula radicalmente a subjetividade daquele a quem ela é endereçada. O médico ou cirurgião, aí respondendo por um ato, por certo proporciona imediatamente ao paciente o objeto supostamente capaz de satisfazê-lo, mas aceita por aí mesmo ser reduzido ao mero papel de instrumento daquele que o solicitou (Frignet, 2002, p.135).

¹³ O termo *sujeito* aqui se refere ao proposto pela filosofia política, do modo como vem sendo tomado pelas ciências sociais e logo, pelos movimentos sociais que pedem a despatologização das vivências trans, exigindo seus direitos de acesso à saúde, educação e trabalho. Importante não confundir com o termo usado por Lacan e, portanto, com o conceito psicanalítico de sujeito.

Assim, o questionamento da demanda que poderia vir da ciência – qualquer que fosse a ciência, médica, psicológica, ou social – não aparece. Ao contrário, tem lugar na sociedade a ideia de acesso ao que se entende como direito de cada um, com base no princípio de dignidade da pessoa humana e seu correlato direito à autonomia. A medicina e as diversas construções teóricas têm se posicionado de modo a afirmar que a convicção subjetiva do “desacordo com o sexo de seu corpo e o papel social assumido pelas pessoas de seu sexo” basta por si só para buscar atender esse pedido. A moção social¹⁴ pela despatologização pode ser tomada como uma simples crítica à ideia de uma avaliação, de um diagnóstico, ao ponto de se afirmar que qualquer desses supostos etiquetamentos seria submeter o paciente a uma violência pela equipe de saúde (Arán, 2006, p.61; Borba, 2014).

Entendemos que com essas afirmações, os movimentos sociais e autores, como os citados acima, buscam reivindicar um acolhimento social à população trans. Fica claro. Inclusive, estamos de acordo que essas pessoas estão longe de serem incapazes por serem trans. Concordamos que as expressões das mais diversas identidades trans devem ser recebidas, acolhidas e respeitadas nas escolas, nos ambientes de trabalho e nos mais variados contextos sociais. Podemos refletir ainda que esse movimento de ir contra qualquer diagnóstico seja numa tentativa de desatrelar as experiências trans de construções rasas e sem fundamento como “isso é coisa de doido”, de “perverso” ou um “chiliue histérico”, como, infelizmente, se pode encontrar.

Muito embora essas sejam reivindicações importantes, resta como dúvida o que seria mesmo essa convicção subjetiva e quando se pode estar seguro dela. Não apenas porque hoje também temos notícias de destransições de gênero, mas porque sabemos desde Freud que desconhecemos a nós mesmo, não somos senhores em nossa própria casa e há um além da demanda que pode ser o seu exato oposto. De forma que mantemos como pergunta: que autonomia é mesmo essa quando a pessoa precisa ter uma prescrição médica para ter acesso às drogas ou cirurgias? Como tomar essa ideia a trabalho principalmente quando se está numa instituição, por que afinal manter o pensamento crítico importa?

Não acreditamos estar ferindo o princípio da dignidade humana que “se manifesta na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a

¹⁴ Inclusive o termo despatologização das identidades trans pode ser encontrado nos mais diversos conselhos de profissões, fazendo alusão a esse movimento social que visa combater os preconceitos que, em verdade, sofre essa população.

pretensão ao respeito por parte das demais pessoas” (Moura, 2017) ao interrogar o que tem a dizer o paciente sobre como conduzir seu tratamento. Ou ao nos perguntarmos em nossas práticas em que nos baseamos para dizer que alguém está consciente ou é responsável ao determinar algo de sua vida. Lembramos que a noção de autonomia já foi agenciada pela ordem médica a um ponto tal que se pode solicitar a um psiquiatra um atestado de sanidade mental. O discurso médico, ao se apropriar da definição do que é normal, constitui uma “‘ordem jurídica’, no sentido do que fala Kelsen [...] O homem, tal como definido pelo humanismo e pela medicina, é da ordem do *sollen* [dever-ser]. É o homem em boa saúde, aquele ao qual o homem poderá aceder se seguir as prescrições da razão e da ordem médica” (Clavreul, p.74). Há aí uma normatização sobre como o homem deve ser, norma que dita como se deve ser para ter saúde, para ser normal. Assim, esse homem ao qual se dirige a medicina, é o homem normal, lúcido, não o doente. De maneira que estamos num paradoxo ao propor um tratamento e ao mesmo tempo, que seja considerada sã. Ao solicitar ser corrigida pela medicina, a pessoa trans passa a se submeter a essa ordem médica que afirma como o homem deve ser, que tem suas regras de normalidade. De acordo com o SOC 7, é preciso ter um diagnóstico de disforia de gênero, de preferência primário, ou seja, que não seja consequência de outro diagnóstico, para se ter acesso a um tratamento para ele (WPATH, 2012, p.26), o que gera uma tensão dos dois lados, pois aquilo que o paciente solicita o coloca num lugar – de doente – que não quer estar, mas quer os benefícios dele, a saber: seu tratamento e seu reconhecimento. Esse tratamento lhe entregará as drogas, as cirurgias, enfim nesse caso, a possibilidade de uma transição. E reconhecimento que lhe dá esse lugar junto à equipe de saúde e a comunidade trans, de verdadeiro trans, um “desejo de reconhecimento é, pois, inicialmente, desejo de existência” (Clavreul, 1983, p.153). E do outro lado, a ordem médica se vê imbuída de poderes para atender a solicitação tal qual foi feita, mas, desde seus princípios, tem que estar diante de corpo que pede intervenção, de um corpo doente e nas condições que a mesma normativa julga poder intervir. Curiosamente, o doente faz seu diagnóstico e define qual será a terapêutica empregada e esta passa por não ser aquele que tem o diagnóstico reconhecido como doente (Frignet, 2002, p.116).

Faço esse pequeno levantamento para sublinhar que a tentativa de passar de um sexo ao outro, ou de um gênero ao outro, aparece em diversos momentos da história da

humanidade e há algum tempo se busca dar a isso algum tratamento. A partir desse apanhado, consideramos relevante destacar um conceito de *fenômeno trans*. Há um consenso em dizer que transexuais solicitam/reivindicam “modificações no seu corpo para conformá-lo às aparências do sexo oposto, em nome da certeza de que sua identidade sexual verdadeira é contrária ao seu sexo biológico” (Milot, 1992, p.17). Mas é preciso definir o limite dessa solicitação. Poderíamos reconhecê-lo apenas pela *vontade* de passar para o sexo oposto? Ou para caracterizar esse fenômeno seria necessária a *decisão* de modificar a aparência, o corpo? *Intervenções* apenas *estéticas* podem ser suficientes para se configurar uma vivência trans? Esse breve histórico permite nos situarmos em ao menos dois aspectos. Primeiro, o fenômeno – a convicção do mal-estar quanto ao sexo – acontece desde antes da existência de hormônios ou cirurgias, então o que o caracterizava? Não eram hormônios, nem cirurgias. Recorremos neste ponto à fala de Laerte, no documentário “Laerte-se”, no qual, quando se pergunta sobre colocar ou não um implante mamário, afirma que busca responder a quatro verbos: quero, posso, devo, preciso? Além disso, Laerte afirma questionar a partir de conversas com outras pessoas trans, o lugar que têm essas intervenções no corpo para essa população. Então ela se pergunta: “seria alguém mais ou menos trans porque já colocou peito? Ou por fazer alguma cirurgia? Ou por tomar hormônios?” Responderíamos com Laerte que não, e como afirma Jaqueline Gomes (2012), é trans aquele que reivindica o reconhecimento social e legal da sua identidade sexuada, pois não é congruente com aquela atribuída ao nascer (p. 15), ou seja, conjuga a convicção com a reivindicação social. Segundo, esta problemática ilustra um desconforto com o corpo, com o sexo, com o sexual, que se faz notar socialmente desde o século I a.C. pelo menos quando os citas tentam dar “tratamento ao mal”. A história mostra, inclusive, que os imperadores romanos podiam se apresentar no gênero oposto ao atribuído ao nascer ou poderiam mostrar-se interessados em pessoas que hoje poderíamos definir como trans. Por isso não podemos afirmar ser algo novo.

De todo modo, vimos através desses poucos dados históricos que inicialmente não havia uma técnica científica para atender ao pedido, apesar da convicção e de haver tentativas: homens eram castrados, e se mostravam femininos sem serem chamados de mulheres trans, como seriam hoje; mulheres se apresentavam com trajes, comportamentos e ocupando lugares masculinos, e não tínhamos o nome homens trans. Mais recentemente,

tivemos a técnica, mas não havia espaço na sociedade para acolher a realização de tamanha transformação. Hoje parece que esse lugar está sendo construído, e a conjunção de técnica e lugar social faz diferença. Como nos aponta Márcia Arán (2006):

a fundamentação deste fenômeno na atualidade está baseada em dois dispositivos distintos. O primeiro diz respeito ao avanço da biomedicina na segunda metade do século passado — principalmente no que se refere ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas e ao progresso da terapia hormonal — que faz do desejo de “adequação” sexual uma possibilidade concreta. O segundo concerne à forte influência da sexologia na construção da noção de “identidade de gênero” como sendo uma “construção sociocultural”, independente do sexo natural ou biológico (p.50).

Entretanto, apesar da revolução que a sexologia e a ‘tecnologia’ trazem ao fenômeno, vimos que não são responsáveis pela sua existência. Para Millot (1983), a transexualidade é atualmente

a conjunção de uma convicção, que nada deve à ninguém, e de um pedido que se dirige ao outro. Essa solicitação é nova, pois supõe uma oferta que a suscita, e que é feita à ciência. Nada de transexual sem cirurgião e sem endocrinologista. Neste sentido, o transexualismo é um fenômeno essencialmente moderno (p.17).

Entretanto a autora pondera que “resta a convicção, pois ela não esperou a ciência” (p.17). E ainda faz referência a um artigo dos anos 50 cujo título “Forma epidêmica de um mal antigo” nos remete a um texto de 2017 que Marco A. C. Jorge e Natália P. Travassos intitularam: *A epidemia transexual: histeria na era da ciência e da globalização?* Tendo notícias de que as estatísticas anunciam um aumento de pessoas trans e de gêneros variados nos interrogamos sobre essas já descritas epidemias – dos anos 50 e em 2017. O que será que o futuro nos reserva?

Assim, consideramos neste trabalho que o desajuste entre sexo biológico do corpo e reconhecimento desse corpo sexuado pode ser considerado uma vivência trans, quando aquele que vive o conflito busca passar para o outro sexo, reivindicando reconhecimento social e legal, mesmo sem que se submeta a grandes intervenções modificadoras do corpo. Ou seja, consideramos que o uso de vestimentas, cortes de cabelo, acessórios já pode configurar essa experiência. Sem julgarmos o que é mais ou menos trans, como aponta Laerte. Conceito que nos permite acolher quem chega, independente do caminho que decida seguir, se com ou sem hormonização ou cirurgias, isto é, acolhemos também, e de

muito bom grado, o debate e, com ele, a possibilidade de se interrogar, construindo através da fala uma forma de assentir junto com o corpo uma pergunta sobre ele, e consequentemente sobre si mesmo.

Desse modo, o ponto nevralgico que verificamos como a questão trans é a ideia de que há algo problemático com a construção da imagem do corpo e com o reconhecimento que busca no outro com relação a esta imagem. Um impasse que busca uma correção, mesmo que ela não passe por grandes intervenções irreversíveis, sendo o uso de acessórios ou da cirurgia tomados desde a mesma perspectiva – a saber: a busca por retificar o erro na imagem e no reconhecimento. Observamos, certamente, que algumas mudanças são radicais e percebemos que existe uma diferença brutal entre uma peruca e uma cirurgia, entre disfarçar os seios por algumas horas e retirá-los permanentemente. Convocamos a uma saída que não seja apenas um ato no corpo, convocamos que seja possível falar da questão e, portanto, ofertamos uma escuta na esperança de que a oferta gere demanda e quiçá, se queira saber d’Isso.

Vamos trabalhar para entender essa demanda.

2. SOBRE O CORPO

2.0 O PEDIDO DE MUDANÇA DO CORPO

Vimos que nunca fomos realmente adequados à nossa forma. Desde o Egito antigo temos notícias dos imbróglis com o corpo e começamos dizendo que essa clínica *nos mostra* um pedido de transformar o corpo no sentido de conformá-lo à ideia que se faz do sexo oposto, visto ter certeza de que sua identidade de gênero não corresponde ao sexo atribuído ao nascer. Dizemos *nos mostra*, pois, inicialmente, não nos endereça, a nós psicólogos, nenhum pedido. Estamos, na verdade, no caminho entre a situação atual – de incongruência entre o que se pensa de si e o que o corpo mostra – e o momento de alcançar o tratamento que almejam e que, supostamente, corrigiria todo esse problema. Na maior parte das vezes, quando buscam algo na psicologia, aqui nesse contexto, é visando uma autorização para o tratamento médico – hormonal ou cirúrgico. Entretanto, algumas vezes, encontramos uma ou outra brecha que permite interrogar o que de fato supõem que se alcançara ou que alcançará com essa transição. Assim, na maior parte das vezes não temos entrevistas analíticas e sequer se estabelece uma relação que pode ser dita transferencial. De qualquer forma, todos os pedidos chegam nesse ambulatório por uma entrevista com a psicologia, de modo que podemos tentar cernir esse pedido de modificação do corpo. A começar por *ponderar o corpo*.

2.1 QUE CORPO?

O que será que será / Que dá dentro da gente e que não devia /
Que desacata a gente, que é revelia / Que é feito uma aguardente que não sacia /
Que é feito estar doente de uma folia
(Chico Buarque, 1976)

Inicialmente, ao se falar de corpo e psicanálise prontamente se faz um contraponto com a medicina. Quase como se somente partir dela (medicina) se pudesse falar do corpo. O que é curioso, pois nesse contexto trans, temos pessoas buscando uma resposta essencialmente médica e ainda assim, verificamos que essa solução médica nem sempre resolve a questão. Mais intrigante ainda é o fato de que muitas pessoas trans passam por nós (psi) fazendo um belo percurso de construção de si mesmas, uma construção que nem sempre é concomitante com um tratamento medicamentoso ou cirúrgico, mas mesmo assim

é transformador. Tendo isso em vista, seria possível dizer que o corpo do qual se ocupa a medicina também se ocupa a psicanálise? Sim e não, responderíamos. *Sim*, porque escutamos os colegas da medicina dizerem perceber efeitos após o nosso trabalho de escuta em alguns pacientes. Ou seja, o que aconteceu nesse percurso de fala se faz visível a quase qualquer olhar, toca de alguma forma a materialidade do corpo, mais ainda, o trabalho se transmite. Contudo, também respondemos *não* porque nosso trabalho em nenhum momento toca o organismo da mesma maneira que o do nosso colega médico. “A ‘pegada’ não é a mesma” diz uma paciente ao comparar as perguntas feitas pela médica e pela psicóloga que eram muito parecidas, mas tinham um *quê* de diferente. A fisgada que o analista dá naquele que se queixa é necessariamente outra bem diferente da que se propõe o médico. O corte então...! Mas chegaremos lá. Essa diferença poderia ser pensada como duas perspectivas sobre um mesmo, tanto que se um analisante nosso está com alguma doença física, não deve se furtar de ir a um médico investigar e ainda assim pode manter a pergunta – que fiz para chegar nisso? E quantos vão ao médico se queixar de um mal-estar e escutam que ‘não era nada’, só ansiedade? Esse é um dos *poréns*. “Sabe-se, isto sim, que uma neurose crônica, mesmo quando não incapacita inteiramente para a vida, constitui um sério fardo na existência da pessoa, talvez no nível de uma tuberculose ou uma deficiência cardíaca” (Freud, 1908, p.269). Mas como saber de que doença se trata? Como diferenciar saber se o mal-estar foi efeito de um vírus, uma bactéria ou de um significante? De qualquer forma, questões psíquicas assim como “as neuroses não afetam menos a saúde do povo do que a tuberculose, e assim como esta não podem ser deixadas ao impotente cuidado do indivíduo” (Freud, 1919, p.217).

A história vem sempre em nosso auxílio e nos permite saber que foi na falha da medicina que Freud criou a psicanálise. Ao ser convocado como neurologista, percebeu que o sintoma não podia corresponder a uma falha no organismo e, mesmo que a medicina não pudesse lidar com ela, estava lá. A histérica era por isso desacreditada, tomada como mentirosa. Mas esse médico ousou acreditar no que diziam as pacientes. Entretanto, se elas diziam a verdade, onde estava o problema? Para levar essa pergunta adiante, precisou colocar a dúvida no saber de que dispunha e buscar uma solução para aquele sintoma. Assim, descobriu a determinação significativa que leva alguém a padecer no corpo de algo da ordem simbólica, da sua história, de seu desejo. Elizabeth von R é literal ao contar isso!

O problema aparece pois no homem há palavra. “Ela está aí antes de qualquer coisa que haja atrás” (Lacan, 1953-54, p.273) Estamos, desde antes de existirmos concretamente no mundo, no universo simbólico e isso não é sem consequências. A principal [consequência] talvez seja que o instinto abandonou o humano. Tanto e a tal ponto que não temos qualquer resposta pronta da espécie nem para comer, nem para reproduzir, nem para fugir, nem para nos proteger. E estando abandonado pela natureza, abandonado pela garantia do instinto, que não vem em nosso auxílio ‘ditar’ como as coisas devem ser, o humano fica entregue ao Outro. Outro que se encarna no outro, mas na medida em que esse semelhante está referido à cultura, a uma alteridade, à linguagem, respondendo a um desejo e não apenas a uma necessidade, se faz Outro e é isso que importa.

Como dissemos, o humano fica entregue ao Outro e a psicanálise ensina que essa entrega é enorme, pois, ao nascer o filhote do homem ao contrário da maior parte dos animais, depende de constante cuidado. “Convém observar que o retardo na dentição e na marcha, bem como o retardo correlato na maioria dos aparelhos e funções, determina na criança uma impotência vital total que perdura depois dos primeiros dois anos” (Lacan, 1938, p.39). Tão dependente, de uma “deficiência biológica positiva” (p.39), que costumamos dizer ainda que nasce a termo é, de qualquer forma, “um animal de nascimento prematuro” (p.39). Segundo Lacan (1938)

o tom penoso da vida orgânica que, segundo os melhores observadores, domina os primeiros seis meses de vida do homem. Todos esses mal-estares primordiais têm a mesma causa: uma adaptação insuficiente à ruptura das condições ambientais e de alimentação que compõem o equilíbrio parasitário da vida intra-uterina (p.39).

Assim, exige um cuidado que não é exato, que não é a simples entrega de um alimento ou a proteção contra o frio, exige um investimento libidinal daquele que cuida. Esse cuidado não pode ser medido ou calculado, passa pela subjetividade daquele que cuida e é de uma permanência como só a poesia pode transmitir, como podemos escutar no grupo Palavra Cantada:

O peixinho quando nasce não precisa de cuidado nenhum, nenhum/ Ele logo sai nadando, ziguezagueando/ No mar azul, sem medo nenhum.../– E o passarinho?/ O passarinho quando nasce precisa da mamãe para cuidar/ Só depois de vinte dias de comida na boquinha /Aprende a voar e aprende a se virar.../ – E o cachorrinho?/ O cachorrinho quando nasce só precisa de cuidado para

mamar/ Mas depois de seis semanas, ele e seus irmãos/ Aprendem a lição de como ser um cão.../ – E o potrinho?/ O potrinho só demora mais um pouco para deixar de dar trabalho/ Mas depois de meio ano ele já está galopando/ Pois agora é um cavalo./ – **E o bicho Homem?**/– E o bicho Homem? Ih! Ai, ai, ai.../ Tá, vou falar:/ **Esse bicho é demorado/ Dá um bocado de trabalho danado/ Nunca é bastante todo hora todo instante/ Precisa de muito cuidado/** Cuidado, para aprender andar/ Cuidado, pra não se machucar/ Cuidado, com a alimentação/ Cuidado, quando é sim ou não/ Cuidado com as bactérias/ Cuidado com a rede elétrica/ **Cuidado com um choro aflito/ Cuidado com um simples mosquito/ Chega aos quinze anos e a filha traz pra casa um namorado/ Chega aos quinze anos, o filho já tem barba/ Mas ainda é preciso o cuidado/** Cuida com cuidado, da impaciência/ Cuida com cuidado, da solidão/ Cuida com cuidado, da violência/ Cuida com cuidado, da dispersão/ Cuidado com o bullying na escola/ Cuidado com o mundo das drogas/ Cuidado com a distância/ Cuidado com a intolerância/ Mas sem paranoia.../Cuida com carinho/ Sem paranoia.../ Cuida do caminho/ Sem paranoia.../ Cuida com afeição/ Sem paranoia.../ Prestando atenção/ Sem paranoia.../ Cuida com cuidado/ Sem paranoia.../ Sempre lado a lado/ Sem paranóia/ Cuida com amor/ Sem paranóia/ Cuida com humor/ Cuida do Peixinho/ Sem paranóia/ E do passarinho... (Paulo Tatit e Zé Tatit, 2017, grifo nosso)

A música infantil conta brincando da diferença entre os animais e o humano e como este último fica quase inteiramente a cargo do Outro, sem o qual estaria desamparado por um longo período da vida (senão a vida toda). Apesar dos cuidados, a prematuridade e suas consequências: o mal-estar dos primeiros meses de vida, e na sequência o complexo do desmame

confere expressão psíquica, a primeira e também, a mais adequada, à imago mais obscura de um desmame mais antigo, mais doloroso e de maior amplitude vital: aquele que, no nascimento, separa a criança da matriz, numa separação prematura da qual provém um mal-estar que nenhum cuidado materno é capaz de compensar (Lacan, 1938, p.40)

Mesmo sem compensar o mal-estar, o bicho homem se apazigua de alguma forma. Para tanto, o poeta mostra como é preciso algo a mais no laço que se faz entre o filhote de homem e aquele que cuida, esse bicho que dá “um bocado de trabalho danado” precisa não apenas aprender a andar ou comer, mas ser protegido das “bactérias” e da “solidão” igualmente (talvez mais do segundo) e ainda “com carinho”, “com amor”, “sem paranoia”.... O corpo anatômico, orgânico, existe, mas até onde conhecemos apenas como suporte do significante. Aliás, o significante vem sustentar esse corpo muito antes da biologia atestar ser possível, como veremos no estádio do espelho abaixo. De forma que

todo o organismo vai ser moldado a partir da relação ao Outro, de onde também constrói o psiquismo, a noção de eu, e a imagem que se faz do próprio corpo, ou seja, dizemos já de início que essa imagem é outra coisa para além do corpo físico. É essa relação ao Outro, constituída a partir dos laços de família, que dá ao humano uma história a partir da qual se situar no mundo desde suas relações e do lugar que lhe cabe no contexto familiar, *heimlich* no que o termo tem de mais ambíguo e diverso.

Freud (1919) nos mostra em seu texto intitulado *O estranho* [*Das Unheimlich*] que a palavra familiar em alemão – *heimlich* – tem a particularidade de significar por um lado o que é familiar, agradável e, por outro, o que está oculto e se mantém fora da vista (p.243), secreto, velado. Seu oposto, *Unheimlich* é habitualmente usado como oposto apenas do primeiro sentido, e não do segundo. Afirma ainda que “*unheimlich* é tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto mas veio à luz”. Ao anunciar essa sequência significativa ele afirma que é interessante descobrir “que entre os seus diferentes matizes de significado a palavra ‘*heimlich*’ [familiar] exhibe um que é idêntico a o seu oposto, ‘*unheimlich*’” (p.242). E em seguida se pergunta que “conexão genética” poderia haver entre os significados dos termos (p.245). Sublinho esse pequeno trecho para destacar primeiro que o familiar carrega em si mesmo um estranho que lhe é particularmente conectado, numa ligação que só pode ser significativa. Segundo, quando Freud pergunta pela conexão genética nos dá uma brecha para situar essa relação significativa que está na filiação, na hereditariedade, na genética humana. O homem é filho da palavra e até os genes estão submetidos a ela.

Cada vez que estamos na ordem da palavra, tudo que instaura na realidade uma outra realidade, no limite, só adquire sentido e ênfase em função dessa ordem mesma. Se a emoção pode ser deslocada, invertida, inibida, se está engajada numa dialética, é que está presa na ordem simbólica, donde as outras ordens, imaginária e real, tomam lugar e se ordenam (Lacan, 1953-54, p.272)

A relação simbólica que se instaura a partir da linguagem, liga o filhote de homem ao Outro instituindo uma realidade e nos fazendo perder a natureza, que poderia dizer exatamente o que fazer. O animal na floresta sabe o que e como comer, sabe com quem acasalar e procriar, sabe onde dormir e não sofre de insônia, não ficará depressivo se a macaca não lhe der bola. Na natureza o instinto responde à vida. Mas no bicho homem, esse objeto do instinto foi perdido, o homem não tem esse dado biológico que o dirige, precisa do Outro lhe trazendo o objeto que pode apaziguar a tensão no corpo, mas ao fazê-

lo, esse objeto vem carregado de algo mais, vem carregado do desejo que a palavra comporta. Mesmo na entrega do alimento, da roupa ou da coberta, o cuidado com o corpo não é um ato natural e um choro aflito convoca um colo independente se vem de um medo ou de um corte no pé. O cuidado humano é um ato de cultura, tem um lugar no tempo e espaço da humanidade, mas principalmente é significativo, ou seja, é uma substituição. Por isso que, quando alguém cai e rala o joelho, se oferece um colo. O joelho segue sangrando e provavelmente o tempo de coagulação para estancar será o mesmo com ou sem abraço, mas o coração acelerado e o choro aflito se apaziguam com a notícia de que vai passar. O que passa não é o corte, o sangue ou a dor. Passa uma representação do vivido, passa de puro vivido à representado, a inscrito na história, passa a ter um lugar naquela vida. E isso muda completamente a queda, o corte, o joelho, a criatura humana. O bicho homem, ao ter história, pode vir a ser sujeito. Assim, esses sons escutados, essas palavras recheadas de desejo, contam da família, da cultura, do mundo onde vive, fazendo marcas no corpo e no tempo, constituindo-os, tanto o corpo quanto o tempo. Ou seja, uma marca registra um fato aos moldes de sua representação e o situa no encadeamento dos fatos, depois uma outra marca vem se somar a cadeia... e depois outra e outra. Permitindo, assim, a construção de um lugar no mundo para a criatura humana. Um lugar que nada tem de geográfico, um lugar que é uma posição frente ao Outro, frente ao desejo, a história que carrega as marcas do Outro. E não há solo mais firme para se ancorar que o inconsciente, ou seja, a posição significativa herdada da trama familiar. Essa história é a construção do corpo! Um corpo que se faz aprendendo “peça por peça do Outro” (Lacan, 1964, p.194) como é ser... humano – ser habitado pela Linguagem. Um corpo, portanto, que não está de partida, que vai se fazendo, arranjando-se através do significativo.

2.2 A LINGUAGEM E O FUNCIONAMENTO MENTAL

No princípio era o verbo (...)
E o verbo se fez carne e habitou entre nós
João 1:1,14

É o significativo e, portanto, a linguagem que nos precede e permite situar no mundo, inclusive quanto ao próprio corpo. Essa noção não é nova, mas é inovador se dar conta dela. Há um certo descentramento em jogo que permite derivar a questão sobre a

representação para outros níveis, por exemplo, o da satisfação. Pois, como lemos em Lacan (1958) não é a experiência em si que nos introduz na realidade, mas a linguagem:

Como desconsiderar, em se tratando da realidade, que o significante entra efetivamente em jogo no real humano como uma realidade originária? Existe linguagem, há fala no mundo e, por causa disso, há toda uma série de coisas, de objetos, que são significados, e que de modo algum o seriam se não existisse significante no mundo. A introdução do sujeito numa realidade qualquer não é pensável, de maneira alguma, a partir da pura e simples experiência seja lá do que for – frustração, discordância, choque, queimadura e o que mais quiserem [...]. O fato de existir o significante é absolutamente essencial nisso, e o principal intermediário de sua experiência da realidade – é quase uma banalidade, uma tolice dizê-lo – é, apesar dos pesares, a voz (pp. 230-231).

Essa é a realidade humana, inclusive do próprio corpo: o que não é representado, falado, não se pode conhecer, fica fora das representações, só se internaliza o que pôde participar da linguagem, de modo que a realidade é linguagem. Isto não exclui a existência de um real no qual nos ancoramos, mas é essencialmente a linguagem que permite que se faça uma relação.

Freud demonstra essa conquista simbólica através da linguagem em seu texto de 1910, *A significação antitética das palavras primitivas*, ao tomar a trabalho um escrito do filólogo Karl Abel de 1884. Nele nos mostra como ela está amarrada à experiência: “Se sempre houvesse luz, não seríamos capazes de distinguir a luz da escuridão, e consequentemente não seríamos capazes de ter nem o conceito de luz nem a palavra para ele” (Abel como citado por Freud, 1910, p.163).

Há aqui dois pontos que parecem óbvios, mas que ainda assim, importa sublinhar:

1. Para que se represente algo, é necessário que isso possa faltar (Freud, 1925a), nesse caso, a luz. Se sempre houvesse luz não seria possível representá-la, afirma Freud a partir de Abel.

2. É através da experiência e, portanto, do próprio corpo, que o humano se situa com relação a algo no mundo. Nessa citação de Freud, quanto a percepção da luz. Se não fosse possível perceber a diferença entre luz e escuridão, não saberíamos nem da luz, nem da escuridão, nem da relação entre elas. Como foi dito antes, é preciso que essa inscrição passe pelo corpo, marcando-o, fazendo notar as diferenças.

Percebemos que nessa representação significativa, simbólica, há uma relação com a realidade e as percepções. “A experiência de Freud instaura-se a partir da busca da

realidade que há em alguma parte dentro dele mesmo” (Lacan, 1959-60, p.38). Ele buscava o que podia ancorar o senso de realidade, onde apoiar a crença qualquer que seja. Sabia não poder confiar nos sentidos, visto serem enganadores. Mas, como alertou Santo Agostinho, “o erro não reside em nossos órgãos do sentido (...) O erro está apenas no julgamento” (Safouan, 1979, p.30). Mas “Freud não duvida da realidade da percepção, tampouco de sua veracidade. Ele (...) coloca o princípio do erro não no *objeto*, mas no *sujeito*, atribuindo-lhe uma tendência primária para a alucinação” (Safouan, 1979, p.32).

Freud nos explica em seu texto *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental* que de início o aparelho psíquico funciona de acordo com o princípio de prazer, operando de forma a alcançar prazer e afastar qualquer possibilidade de despertar desprazer independente da origem da excitação, ou também podemos dizer, como um “aparelho reflexo, de modo que qualquer excitação sensorial que incidisse nele podia ser prontamente descarregada” (Freud, 1900, p.594).

Nesse modo de operar, ao se encontrar com uma exigência de satisfação, o aparelho apresenta o que foi pensado, desejado, “de maneira alucinatória, tal como ainda acontece hoje com nossos pensamentos oníricos a cada noite” (Freud, 1911, p.238). Contudo, a depender do modo de relação construída com o Outro, aquilo que buscava satisfação perdura, “pois a excitação proveniente de uma necessidade interna não se deve a uma força que produza um impacto momentâneo, mas a uma força que está continuamente em ação” (Freud, 1900, p.594). Apenas a “vivência de satisfação” põe fim ao estímulo interno. Esse momento deixa uma marca da experiência, uma percepção específica dessa satisfação é registrada numa imagem mnêmica que ficará daí por diante associada ao traço da necessidade formando um vínculo importante (ibid). Sempre que o traço da necessidade for despertado, o psiquismo vai buscar em seu registro aquela marca e buscará recatexizar a imagem mnêmica deixada pela percepção da satisfação, reevocando a percepção, buscando restabelecer a situação da satisfação original. Isso “é o que chamamos de desejo”, nos diz Freud. E continua afirmando: “o reaparecimento da percepção é a realização do desejo” (Freud, 1900, p.595).

Importa neste trabalho a notícia de que desejo pode vir a se realizar pelo reaparecimento de uma percepção – que, como dissemos com Freud, pode ser uma alucinação. Mas também dissemos acima que a depender da relação ao Outro, esse modo de

funcionar não satisfaz e o humano vê-se obrigado a “decidir tomar uma concepção das circunstâncias reais no mundo externo e empenhar-se por efetuar nelas uma alteração real” (Freud, 1911, p.238), isto é, as “exigências da vida”, fazem operar uma retificação na tendência do organismo à descarga da excitação, pois deve buscar encontrar desde fora o estabelecimento da almejada percepção. Para tanto o aparelho precisa fazer uma série de modificações a fim de poder esperar a satisfação, engendrando um novo princípio de funcionamento, no qual “o que se apresentava na mente não era mais o agradável, mas o real, mesmo que acontecesse ser desagradável” (Freud, 1911, p.238). Assim, entra em jogo o princípio de realidade.

A decisão de tomar uma concepção das circunstâncias reais no mundo externo é, em verdade, um aceite – *die Bejahung* – uma concordância com relação às condições às quais a criatura humana está submetida. Essas condições que dizem do código ao qual se está submetido, à língua. Assim, “cada um deve adequar-se à língua para possibilitar o entendimento: o sujeito ajusta à língua” (Godino Cabas, 1981, p. 263, tradução livre), pois não cabe ao humano decidir como a realidade será, lembremos, o humano nasce impossibilitado de cuidar de si, está nas mãos do Outro. Mas lhe cabe consentir ou não com o que se apresenta de realidade, e a partir disso, operar sobre o que lhe concerne.

Na construção desses dois princípios, o processo primário esforça-se por promover uma descarga das catexias e estabelecer com a vivência de satisfação uma *identidade perceptiva*, identidade instituída através do juízo de atribuição com relação aos objetos, isto é, dando-lhe qualidades a partir da satisfação encontrada na percepção delas: “bom ou mau; útil ou prejudicial” (Freud, 1925, p.263). Com a alteração do sistema, o processo secundário se estabelece inibindo a descarga e fazendo adaptações: atenção, notação e memória se desenvolvem construindo o processo do pensar, o que permite transformar a catexia anteriormente livremente móvel em catexia vinculada, ligando a representação a resíduos verbais (Freud, 1911) Estando vinculada, ligada a resíduos verbais, uma representação pode ser substituída por outra, e “provocam um desvio do caminho que partiria da primeira representação” (Freud, 1900, p.628), um “pequeníssimo desvio” (p.52), como Lacan chama no *Seminário 17* a inscrição significante. Estabelece assim, uma “identidade de pensamento” (Freud, 1900, p.628) com aquela vivência de satisfação, de maneira que o pensamento, a possibilidade de pensar, nasce sendo uma via indireta que vai

da lembrança de uma satisfação até uma catexia idêntica da mesma lembrança. Aqui outro julgamento é necessário quanto à existência real de uma representação. Verifica-se a possibilidade de encontrar fora do psiquismo o objeto correspondente à representação da satisfação. Portanto, é necessário que tenha se apercebido de que ele pode não estar, de que a representação não corresponde ao objeto mesmo, ou seja, que em algum momento, esse objeto se perdeu.

Dizemos então que a partir do sistema primário, entra em funcionamento o secundário. Não obstante, o princípio de prazer “regula claramente o curso da excitação tanto no segundo sistema quanto no primeiro” (Freud, 1900, p.627), pois, o “segundo sistema só pode catexizar uma representação se estiver em condições de inibir o desenvolvimento do desprazer que provenha dela” (Freud, 1900, p.627) de forma que o princípio de prazer continua em vigor. Assim,

a partir do momento em que está submetido a essa tendência e à necessidade de uma função secundária que resulta disso, o sujeito é suscetível, não somente, como diz Santo Agostinho, de julgar verdadeiro o que é falso (com o risco de intervir cedo demais), mas também de julgar falso o que é verdadeiro (com o risco para o eu de intervir demasiadamente tarde) (Safouan, 1979, p.33).

“Nossos sonhos à noite e, quando acordados, nossa tendência a afastar-nos de impressões aflitivas são resquícios do predomínio deste princípio” (Freud, 1911, p.238).

Es importante tener en cuenta esta realidad según la cual *la percepción está alienada desde un principio*, porque de lo contrario incurriríamos en el error de suponer que hay una capacidad de percepción pura, que posteriormente y con el desarrollo de la sexualidad, iría comprometiéndose y perdiendo su capacidad de ser fiel a la realidad. El compromiso de la percepción con la sexualidad, tal como se nos manifiesta en el curso del Edipo, no es el resultado de una tardía ligazón, sino la continuación de una estructura que, desde sus orígenes – digamos – responde a la lógica y a las leyes de la alteridad. (Godino Cabas, 1980, p.18).

Assim, destacamos a importância de uma estruturação que se põe em marcha de início, o que se opõe a ideia de que possa haver uma falha no curso do desenvolvimento que acarrete um desenvolvimento defeituoso. Sublinhamos essa passagem para que essa tendência perceptiva e de pensamento não pareça estar deformando um organismo que ia bem. Pelo contrário, esse é o desenvolvimento humano quando estruturado a partir da

inscrição do desejo do Outro. Portanto, não há uma capacidade de percepção pura, que teria sido comprometida ou perdida com o desenvolvimento da sexualidade.

Situamos assim, que de início, o aparelho cria uma identidade perceptiva e uma identidade de pensamento. Primeiro ao julgar a qualidade da representação e em seguida ao verificar se pode ou não a encontrar fora de si. Desta forma, se começa uma diferenciação entre dentro e fora, do que é ou não é a criatura humana.

Expresso na linguagem dos mais antigos impulsos instintuais – os orais – o julgamento é: ‘Gostaria de comer isso’, ou ‘gostaria de cuspi-lo fora’, ou, colocado de modo mais geral, ‘gostaria de botar isso para dentro de mim e manter aquilo fora.’ Isso equivale a dizer: ‘Estará dentro de mim’ ou ‘estará fora de mim.’ Como demonstrei noutro lugar, o ego-prazer original deseja introjetar para dentro de si tudo quanto é bom, e ejetar de si tudo quanto é mau. Aquilo que é mau, que é estranho ao ego, e aquilo que é externo são, para começar, idênticos (Freud, 1925, p.267).

Jean Hyppolite retoma em 1954 a leitura desse texto, *Die Verneinung*, a convite de Lacan e o lê assim: “A distinção entre o estranho e ele mesmo é uma operação, uma expulsão (...) ‘*Das Schlechte*, o ruim, *das dem ich Fremde*, o que é estranho ao eu, *das Aussenbefindlich*, o encontrado do lado de fora, *ist ihm zunächst identisch*, é-lhe inicialmente idêntico” (Hyppolite como citado por Lacan, p.901).

Observamos nesse pequeno apanhado que a construção de uma diferenciação entre eu e não-eu, entre dentro e fora, passa por um juízo ligado àquela experiência inaugural – mítica, portanto – e define o que é percebido e o que é pensado. “O domínio próprio do eu primitivo, *Ur-ich* ou *Lust-ich*, se constitui pela clivagem, pela distinção com o mundo exterior – o que está incluído dentro distingue-se do que é rejeitado pelos processos de exclusão, *Ausstoßung*, e de projeção (Lacan, 1953-54, p.95). Eliminando inicialmente a existência de algo que não se goste em si mesmo, o Eu é somente o bom deixando para fora, para o outro, para o mundo, toda a razão de sofrimento, de erros, de infortúnios, enfim, do que não presta.

Não obstante, mesmo após ter-se engendrado o princípio de realidade, “toda neurose perturba de algum modo a relação do paciente com a realidade” (Freud, 1924, p.205), e o obriga a afastar-se dela por achá-la insuportável (Freud, 1911, p.237). Como vimos, é mais que natural a realidade externa ser insuportável, pois lá está o que não se pôde suportar em si mesmo, de maneira que o mundo e o outro tornam-se assim dignos de ódio e rechaço. A

hostilidade com a qual se recebe o que vem de fora equivale à hostilidade com que se expulsou o que era insuportável em si mesmo.

Lembre-mo-nos de duas observações. Primeira, estamos submetidos à linguagem e nos apropriamos da realidade pelas representações que alcançamos fazer dela pelos significantes, o que a torna sempre única, de cada um, posto que é uma realidade psíquica. Segunda, que a apresentação dessa realidade se fez por intermédio do Outro, uma relação que começou com as palavras vindas através da experiência de satisfação.

A palavra não tem nunca um único sentido, o termo, um único emprego. Toda palavra tem sempre um mais-além, sustenta muitas funções, envolve muitos sentidos. Atrás do que diz um discurso, há o que ele quer dizer, e, atrás do que quer dizer, há ainda um outro querer-dizer, e nada nunca será esgotado – se não é que se chega ao fato de que a palavra tem função criadora e faz surgir a coisa mesma, que não é nada senão o conceito” (Lacan, 1953-54, p.275).

Aparelhado com a máquina simbólica herdada da linguagem, o homem pode representar, mas ao fazê-lo perde o objeto que viria satisfazer sua necessidade. Perde também a necessidade. Ganha, em contrapartida, a possibilidade de pensar, de fazer uma ideia de algo, se apropriar da coisa que pode faltar, fazer um conceito – “o tempo da coisa”, como Lacan empresta de Hegel em seu primeiro seminário:

o conceito não é a coisa no que ela é, pela simples razão de que o conceito está sempre onde a coisa não está, ele chega para substituir a coisa (...) O que é que pode estar aí, da coisa? Não é nem sua forma, nem sua realidade (...) Hegel diz isso com grande rigor – o conceito é o que faz com que a coisa esteja aí, não estando (Lacan, 1953-54, pp.275-276).

Notemos que essa inscrição na linguagem é algo primitivo na vida humana. A vida exige, e em resposta o que podemos é fazer um conceito, uma inscrição significativa que se liga a um significado. Como nos diz Godino Cabas (1980) “*la pulsión que emerge en tanto exigencia . . . retorna en tanto significado. El movimiento somático habrá sido significado*” (p.32). Vamos conceituando a vida desde muito cedo, mesmo com o mínimo de recursos, e a partir desses conceitos, nos posicionando frente a tudo. O conceito, esse que permite que a coisa esteja justamente ali onde falta, nos remete a dois pontos. Primeiro, aquele marcado por Freud em *Significação antitética das palavras primitivas*, nos primórdios da conquista

da linguagem¹⁵, que aponta que havia palavras que serviam para designar um conceito e seu exato oposto, como, por exemplo, conhecido e secreto seriam ditos num mesmo som e escritos numa mesma representação (*heimlich*, por exemplo). Havia ainda palavras que eram a junção de dois opostos e significavam apenas um deles (*without*, por exemplo). Esses traços de tempos antigos contam da relação que já falamos anteriormente de que se apreende um conceito pela relação que faz entre opostos. Não saberíamos da luz sem a escuridão, já dissemos. Mas nesse ponto importa dizer: não saberíamos do bom sem o ruim, ou do dentro sem o fora, não saberíamos do objeto de satisfação sem sua falta.

O segundo ponto é que “a negatividade do discurso, na medida em que faz existir o que não está ali, remete-nos à questão de saber o que o não-ser, que se manifesta na ordem simbólica, deve à realidade da morte” (Lacan, 1954, p.381). O que no fim das contas é dizer que uma notícia da morte se relaciona de alguma forma com a vida.

Assim, estamos, humanos que somos, imersos no mundo da representação e operando de acordo com os princípios do funcionamento mental – prazer ou, seu prolongamento, realidade – e podemos, portanto, fazer substituições, alucinações, satisfações que vem a ser substitutivas. O leite que apazigua a fome vem com uma canção, um ‘talquinho cheiroso’ e na sequência, mesmo com fome, o homem pode decidir não ir jantar, mas ir escutar a sua cantora favorita e sente um aconchego reconfortante quando encontra o cheiro daquele talco da mãe. Ou ainda, pode a cada vez que cozinha, cantar aquela mesma música, sem a qual parece que o caldo desanda. Em função dessa operação simbólica de representar o objeto que apazigua a tensão, acabamos transgredindo a anatomia... quem nunca depois de uma briga com o namorado comeu horrores de chocolate? Numa lógica que permite transformar horrores em medida e chocolate, em consolo. São deslocamentos que desenham um corpo muito diferente do que a anatomia normalmente descreve. De modo que a fome pode ser cantada, a medida calculada em espantos e o desalento comido.

Esse é o corpo humano, completamente subvertido pelo significante, no qual a concretude anatômica é apenas o pilar sobre o qual se arquiteta uma realidade que o transcende (Godino, 1980, p.16). Precisa ser pensado de modo muito particular, organizado

¹⁵ Freud se referia a uma língua muito antiga, o egípcio. Apesar disso, quis fazer alusão a essa conquista da língua em cada um dos seres humanos.

em função dessas equivalências regidas pelos significantes que contornaram as pulsões e deram uma organização libidinal própria a cada um. Foi construído “um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica” (Freud, 1912, p.111), na vida libidinal, método este que manterá adiante na vida. Esse “método próprio” comporta o modo de ligação ao Outro, ao seu desejo, e rege toda a organização do seu corpo, da sua vida libidinal.

Esas marcas (marcas de lo que le acontece a un cuerpo cuando está situado en relación con el discurso del Otro) originan una instancia: el Ello. (...) es la definición del Ello en tanto marca primera (¿o primaria?) del discurso del Otro, lo que nos permite comprender que la transcripción y aparición del Yo se haga bajo el signo de la *percepción de la realidad del deseo*. (Godino Cabas, 1980, p.24).

Ora, vemos até aqui para nos dar conta que a percepção é algo muito particular e só se faz dentro das leis que vigoram para cada um, a seu modo, único, particular. Pois a organização humana, não apenas o Eu, mas também o Isso, dependem dessa percepção da *percepção da realidade do desejo*. Do próprio e do Outro.

2.3 A NOÇÃO DE EU

Normalmente nada nos é mais seguro do que o sentimento de nós mesmos, de nosso Eu. Este Eu nos aparece como autônomo, unitário, bem demarcado de tudo o mais. Que esta aparência é enganosa, que o Eu na verdade se prolonga para dentro, sem fronteira nítida, numa entidade psíquica inconsciente a que denominamos Id[es/isso], à qual ele serve como uma espécie de fachada - isto aprendemos somente com a pesquisa psicanalítica (Freud, 1930, p.16).

Estamos até aqui cientes da peculiaridade humana na construção de uma realidade que só pode ser psíquica e, portanto, é única, de cada um; bem como da capacidade de perceber a si e o que está em seu em torno e ainda da dependência do homem em relação ao social que lhe cerca, à linguagem, ao Outro.

Vimos também que algumas pessoas não se reconhecem como ‘pertencentes’ a seus corpos, ligadas a eles, ou que esses corpos não correspondem a ideia que fazem de si. Observamos como não cabe considerar a transexualidade uma questão exclusiva da contemporaneidade, posto que esse desajuste com o corpo é inerente à constituição humana e, assim, próprio da construção desse corpo. De modo que desde o antigo Egito, ou ainda desde que temos podido recolher registros, podemos perceber algum impasse com o corpo e

com o sexo. Embora, também possamos notar que um pedido de mudança tal que implique uma transformação no corpo para fazê-lo adequar-se a uma realidade psíquica referente ao sexo importa muito, não é qualquer coisa, não é trivial.

Seguimos na busca de alcançar uma compreensão interna, como diria Freud, desse fenômeno. Situamos inicialmente que há uma diferença significativa entre a noção de corpo tomada pela medicina e pela psicanálise, posto que o corpo é simbólico antes mesmo de ser biológico e isso deixa consequências relevantes.

Foi preciso, pois, delinear como se dá a construção de uma realidade no psiquismo humano para estarmos prontos a dizer que o corpo é parte dessa realidade. É, inclusive, parte dessa construção da história do sujeito. Isso porque o corpo precisa ser ligado a uma construção mental de um eu, “uma organização coerente de processos mentais” (Freud, 1923, p.30), estabelecendo uma associação entre o organismo biológico e o esquema psíquico de si mesmo que o inclua, pois “O Eu é sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas ele mesmo a projeção de uma superfície (Freud, 1923, p.32). E o modo como ele, o corpo, é sentido, percebido, é um fator que desempenha importante papel na constituição do Eu (p.32).

Sendo assim, o Eu deve aparecer, como afirmamos com Antonio Godino Cabas (1980, p.24) acima. Ou tomando a afirmação inicial de Freud: “uma unidade comparável ao Eu não existe desde o começo no indivíduo; o Eu tem que ser desenvolvido” (Freud, 1914, p.13). Ou seja, o Eu é um pedaço que foi destacado e diferenciado do Isso. Mas a pessoa, não é o Eu, Freud afirma que o “indivíduo é então, para nós, um Id[*es/isso*][um algo] psíquico, irreconhecido e inconsciente, em cuja superfície se acha o Eu, [...]podemos acrescentar que o Eu não envolve inteiramente o Id[*es/isso*]” (Freud, 1923, p.30). “O Eu é a parte do Id modificada pela influência direta do mundo externo, sob mediação do Pcp- Cs, como que um prosseguimento da diferenciação da superfície” (1923, p.31).

Sendo o Eu uma parte modificada do Isso, aquilo do que o Isso é feito, tem influência na constituição do Eu. Como dissemos que a percepção do desejo do Outro formou o Isso, esse desejo do modo como foi percebido, influencia a formação do Eu. Mas, dissemos ainda, também com Freud, que o corpo é percebido e que essa percepção é um outro fator que contribui na formação do Eu.

Ora, lembremos que a percepção responde ao princípio de prazer e seu prolongamento, princípio de realidade. Portanto, a construção do Eu e do corpo, está imersa na mesma lógica com que se aparelha o psiquismo, o ordenamento simbólico. O corpo não faz parte de uma realidade que está lá desde antes, essa realidade também é arquitetada pelo psiquismo da maneira como é estruturalmente possível a cada um.

As marcas definidoras do Isso, construído nos primórdios da vida humana, definirão o curso da estruturação psíquica. Desse modo, o Eu é iminentemente uma instância corporal, e o corpo é o resultado de um descobrimento perceptual regido pelas primeiras inscrições. Devemos sublinhar nisso tudo que essas primeiras inscrições que regularão o que será ou não percebido, e como será ou não percebido, não é outra coisa que inscrição da percepção do desejo do Outro.

el infans percibe el deseo del Otro. Esa percepción le revela la existencia de un lugar. La ocupación de ese lugar supone una transformación consistente en la construcción de una organización libidinal, esto es, un cierto régimen de desplazamientos... Sabemos que esos desplazamientos son capaces de encadenarse, eslabonarse, dando así origen a una secuencia que Lacan no vacila en calificar de 'cadena'. Esta cadena es el hilo conductor del discurso edípico, en fin, de la historia del sujeto. A la luz de esta primera conclusión podremos entender el drama de la percepción. Y digo el drama, porque la percepción no es otra cosa que la percepción de un drama, de un desplazamiento, de un encadenamiento (Godino Cabas, 1980, p.19).

Antonio Godino Cabas afirma que há na percepção do desejo do Outro um endereçamento que convoca a ocupar um lugar. Quando tal lugar é ocupado, se dá uma transformação na organização libidinal da criatura humana. Ou seja, o modo de inscrição da percepção do desejo do Outro define o curso da estruturação psíquica. Na citação acima, percebemos ainda que ocupar esse lugar, que consentir com ele, é um ticket de entrada no Édipo, no discurso que inclui o outro e um além desse semelhante, um Outro, uma alteridade. De modo que a relação dual já está, de início, referida a um terceiro. Sendo assim, dois não basta, há algo fora que importa. Estando, desse modo, a relação dual referida a um terceiro, a percepção do outro se inscreve como Outro, como desejante, como faltante, como não obturada. Há, por consequência, uma brecha para que o humano construa uma pergunta: o que o Outro quer? Que mais existe além e aquém de mim que interessa ao Outro? E tendo podido fazê-la, se situa a partir dela e do que pode construir de resposta.

O cuidado, aquele a que fizemos referência antes, é investimento libidinal, e só pode ter aquele tamanho porque conta com o narcisismo parental para ser sustentado. Esse investimento só acontece porque quem recebe o pedacinho de carne, vê muito mais que uma boca chorando, um corpinho desengonçado, vê um pedacinho seu e parte de seu desejo sendo realizado. Nas palavras de Lacan (1953-54), “o sistema do eu não é nem mesmo concebível sem o sistema, se é que se pode dizer, do outro lado. O Eu é referente ao outro. O Eu se constitui em relação ao outro. Ele é seu correlato” (p.63).

Tal afirmação indica a relação aos pais, mas principalmente ao lugar que lhe coube de satisfazer o desejo parental, isto é, foi um objeto de satisfação desse desejo. Assim, podemos dizer que o objeto é anterior ao sujeito (Godino Cabas, 1980, p.60), ou melhor, “*no es el sujeto el que hace sus objetos. Son los objetos que hacen suyo al sujeto*” (Godino Cabas, 1980, p.60).

Dessa forma, o desprendimento do Isso que resulta num *eu*, só pode acontecer porque um dia aquele ser foi tomado como objeto para satisfazer um desejo e falhou. Isto é, foi um objeto que não pôde satisfazer completamente o outro (ainda bem, pois há algo mais a ser satisfeito e a possibilidade de desejar logrou ser transmitida). Era objeto de satisfação, mas havia algo no Outro que ainda faltava, que seguia desejando, pois o objeto não ‘colou’, não serviu, não encaixou. Deixou entrever uma falha na satisfação, uma falha no Outro que não é apenas no outro, notemos. Frisamos esse pequeno detalhe para reafirmar que embora essa falha seja encarnada pelo outro, é justo porque nesse outro há espaço para uma alteridade que se faz a inscrição de um desejo que remete ao Outro, inscrição esta que será daí em diante parte desse sujeito, é integrada ao sujeito. Assim, a falha, a falta de satisfação manda notícias não apenas desde fora, mas desde a própria criatura humana, nesse Outro presentificado nela mesma. Apresenta-se, assim, o desejo – impossível de ser satisfeito – como uma falta de satisfação. Podemos percebê-lo e reconhecê-lo fora, mas ao ser tomado pela linguagem, o sujeito é contagiado e contaminado pela estrutura desejante, que agora também é própria do sujeito, de um Outro em si mesmo, de seu inconsciente, de seu Isso – que é a inscrição em si mesmo de seu outro. Ao ser incluído da categoria de desejantes, o eu não pode se satisfazer por si mesmo, nem com seus pensamentos, nem alucinações, nem fantasias. Bem como não pode satisfazer ao Outro. Esse objeto que se é para o Outro é falho.

Tomando a estrutura de linguagem para si, o sujeito a faz sua e é feito por ela. “*Es sobre el deseo que se asienta el cuerpo antes de erigirse en la estatua imaginaria*” (Godino Cabas, 1980, p.61).

Assim, apoiado no desejo, o humano pode erguer-se numa imagem de si mesmo e por isso, verificamos que “a imagem do corpo dá ao sujeito a primeira forma que lhe permite situar o que é e o que não é do eu” (Lacan, 1953-54, p.96). Essa imagem se constitui no espelho, superfície que não é o suporte de um reflexo simplesmente, mas um suporte que se apóia no olhar do outro.

Como verificamos no estágio do espelho.

2.4 O ESPELHO

Parece com papai / com a mamãe também
Parece com a vovó / Não, não parece com ninguém
Ele é ele só / Sua majestade o neném

No texto *De nossos antecedentes* Lacan (1966) pontua que Freud retoma a “relação do *eu* com o sistema percepção-consciência” (p.73) para questionar seus padrões de verdade. Sublinhamos isso de partida para manter a questão com relação a noção de realidade. E Lacan segue afirmando que ao *eu* liga-se duas referências essenciais: o corpo que só pode dizer respeito à questão pulsional em torno do narcisismo e a identificação conforme se vê no texto *Psicologia das massa e análise do eu* (Freud, 1921). Essas duas referências se imbricam no estágio do espelho de maneira fundamental para a estruturação psíquica humana. Pois, “O estágio do espelho fornece a regra de partilha entre o imaginário e o simbólico” (Lacan, 1966, p.73), e tem por função “estabelecer uma relação do organismo com sua realidade” (Lacan, 1949, p.100). Ali se determina “o paradigma da definição propriamente imaginária que se dá da metonímia: a parte pelo todo” (p.74), ou seja, uma organização do psiquismo já em forma de linguagem.

Chama atenção observar que esse momento da vida – esse estágio – do espelho é um “espetáculo cativante” (Lacan, 1949, espelho, p.97). A pressa que podemos reconhecer no humano ao buscar superar sua incapacidade real para se sustentar mais ou menos de forma ereta e se apropriar por um instante da própria imagem idealizada não acontece apenas dos 6 aos 18 meses. Verificamos essa matriz se reimprimir ao longo da vida sempre

que o olhar do outro nos coloca em posição mais ou menos incerta, como se estivéssemos sempre buscando esse modo de organização que o ver-se sendo visto pela primeira vez cunhou. O estádio do espelho configura noção de eu a partir de uma antecipação da imagem do corpo e “essa antecipação dará seu estilo a todo exercício posterior do domínio motor efetivo” (Lacan, 1953-54, p.96). Essa tessitura humana é contemporânea do complexo do desmame, que “deixa no psiquismo humano uma marca permanente da relação biológica que ele interrompe. Essa crise vital é acompanhada, com efeito, por uma crise no psiquismo (...) Pela primeira vez, ao que parece, uma tensão vital resolve-se numa intenção mental” (Lacan, 1938, p.37) Diríamos que não apenas a tensão do desmame, mas da derrelição do início da vida convocam o humano a uma solução psíquica para essa crise, como já afirmamos sobre a “decisão do aparelho de tomar uma concepção das circunstâncias reais no mundo externo (Freud, 1911, p.238) Nesse momento primitivo, não falamos em “autoerotismo, uma vez que o eu não é constituído nem de narcisismo, já que não existe uma imagem do eu, nem muito menos de erotismo oral” (Lacan, 1938, p.38). O que há, o único que pode haver é o narcisismo parental que, na melhor das hipóteses, vai rechear e dar estofamento significativo, desejante àquele bolinho de carne que promete ser, novamente na interpretação parental, uma realização do seu desejo (dos pais). Em seu texto “Sobre o narcisismo” (1914), Freud afirma que o eu não pode estar de início no aparelho, nem o narcisismo. Para tanto, “deve haver algo que se acrescenta ao autoerotismo, *uma nova ação psíquica*, para que se forme o narcisismo” (Freud, 1914, p.13, grifo nosso). Essa nova ação psíquica podemos considerar que seja essa *antecipação da própria imagem* que define uma primeira identificação primordial da criatura humana com sua própria imagem. Esse algo novo tem a função de “dar forma ao narcisismo e marca a origem imaginária da função do eu” (Lacan, 1953-54, p.137). Passo momentoso na vida do humano, pois se trata “da relação entre a constituição da realidade e o relacionamento com a forma do corpo” (Lacan, 1953-54, p.146). Amarrando nessa construção o corpo, ou seja, as pulsões; as relações duais e a linguagem, de modo que estejam verdadeiramente imbricados.

É nessa conjuntura que “*el pró-niño se humaniza al conquistar la posesión de un cuerpo erógeno que se erige*” (Godino Cabas, 1980, p.60), apesar da “realidade anatômica da não mielinização dos centros nervosos” (Lacan, 1938, p.39), apesar de ainda não haver um eu constituído, de se estar tomando emprestado o narcisismo parental para se afirmar

um objeto de valor e unir os pedaços fragmentados do corpo. Apesar de todos os pesares, essa antecipação promovida pelo desejo do Outro desenha a figura do corpo ereto, uno, mas ainda cheio de notícias da sua fragmentação.

A assunção jubilatória da sua imagem especular parece manifestar a matriz simbólica em que o eu se precipita na sua forma primordial, antes de se objetivar na dialética com o outro e antes que a linguagem lhe dê um lugar no discurso, sua função de sujeito (Lacan, 1949, p.97).

Basta compreender o estágio do espelho como uma *identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem – cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago* (Lacan, 1949, p.97).

Essa organização psíquica desliza para o corpo, organizando-o aos seus moldes e arranjando a imagem que vê na superfície refletora – o espelho, o olhar do outro, o eu, superfície do aparelho psíquico que se diferenciou do Isso. “Há aí uma primeira captação pela imagem, onde se esboça o primeiro momento da dialética das identificações” o “estádio do espelho tem o interesse de manifestar o dinamismo afetivo pelo qual o sujeito se identifica primordialmente com a Gestalt visual de seu próprio corpo” (Lacan, 1948, p.115). O humano se vê vendo e assim, se vê sendo visto, o que faz com que

seja a relação com o Outro que ponha em ação a imagem do corpo próprio, porquanto ela se interpõe entre nós e o mundo, fazendo de nossa relação com esse último, uma relação profundamente erotizada e mais exatamente narcísea, sem nenhuma medida comum com a relação do vivente com “seu” *Umwelt*. (Safouan, 1979, p.36).

“Essa relação erótica, em que o indivíduo humano se fixa numa imagem que o aliena em si mesmo, eis aí a energia e a forma donde se origina a organização passional que ele irá chamar de seu *eu*” (Lacan, 1948, p.116).

Dessa forma, “O estágio do espelho (...) não é simplesmente um momento do desenvolvimento. Tem também uma função exemplar, porque revela certas relações do sujeito à sua imagem, enquanto *Urbild* do eu” (Lacan, 1953-54, p.91). Relações estas que adquirem importância quando podemos situar a virtualidade de onde se constituem essas imagens, “*ese lugar no es otro que una cierta imago preexistente en el deseo materno*” (Godino Cabas, 1980, p.57).

O corpo vinha sendo embalado em palavras para ser apaziguado e, assim, vai tendo suas bordas desenhadas. Nesse movimento, o Outro ao mesmo tempo que produz, apresenta o corpo ao sujeito. Numa apreensão que se mostra na faceta bela e sedutora, mas que não pode se dar sem que faça notar que carrega em si o traço da morte. Essa alienação ao Outro precisa de todo esse envelope romântico do amor para que o desregramento pulsional, necessariamente posto na demanda, não engula o sujeito. Não por acaso no texto *Além do princípio do prazer*, no qual Freud (1920) nos traz a formalização da pulsão de morte, aparece o *Fort-da* – jogo infantil que nos mostra um ‘exercício’ de perda do outro para ganhar acesso ao Outro. Apresentando a brincadeira de fazer sumir, fazer ir embora (*fortsein*, como a nomeia Freud), e por vezes, fazê-los reaparecer, Freud se interroga pela repetição da desagradável experiência de separação e conclui que dela se espera, pelo menos, a função de dominar o prazer da separação da mãe, passar de passivo a ativo. Mas, como observa Safouan (1979),

para além da presença da mãe real, enquanto alterna com sua ausência, ou de sua ausência real, enquanto alterna com sua presença, trata-se para a criança, prestes a ser presa no constituinte da cadeia significante, depois de o haver sido naquele do especular, de realizar uma integração outra e mais plena de conseqüências que aquela do “bom” e do “mau”. Bom ou mau se integram no mesmo objeto. Mas ausência e presença se integram *um no outro*; e essa integração é precisamente o que constitui a essência da representação como tal (p.90).

Safouan afirma que está no próprio texto *Além do princípio do prazer* um além da questão da atividade e da passividade quando na sequência da interpretação da brincadeira, Freud retoma a repetição e a “tendência primordial da vida para a morte” (p.93) e segundo ele, na brincadeira de fazer desaparecer seus brinquedos e fazer-se desaparecer “assiste-se aí à introdução da morte na vida; não retorno da vida à morte, mas entrada inaugural da morte na vida” (p.93). Segundo o autor, “Não se trata de uma estruturação significante da ausência, mas da abertura prévia desse campo da ausência onde ‘ser’ se dissocia de ‘ser percebido’, e se torna antes, sinônimo de ser pensado” (p.95). Desse modo, ele conclui que a “introdução da morte na vida, não é nada além que o efeito maior da tomada do sujeito no constituinte da cadeia significante” (p.99).

Assim, pode contornar a pulsão permitindo uma inscrição significante representada paulatinamente em sons, palavras, em imagens, em sensações, viabilizando concretizar a

apreensão, a “representação da representação” (Safouan, 1979, p.95) do que é bom ou ruim, do que está dentro ou fora, do que pode ou não existir no mundo de cada um. E ainda submetendo essa inscrição a “exercícios de substituição, destinados justamente a relaxar o laço que se ata nas demandas, de modo a dar ao significante sua liberdade em relação ao significado” (p.97). Pois,

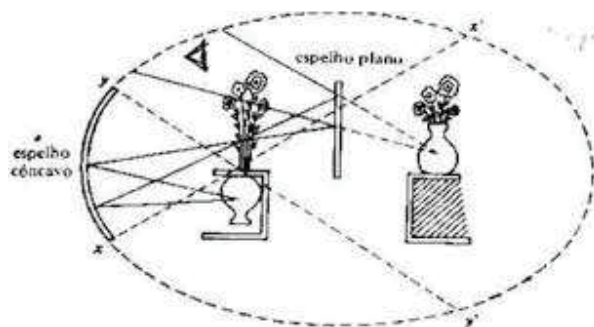
É ao nível ao qual Freud se refere em *Die Verneinung*, quando fala dos julgamentos de existência – ou bem é, ou bem não é. E é aí que a imagem do corpo dá ao sujeito a primeira forma que lhe permite situar o que é e o que não é do eu. Bem, digamos que a imagem do corpo, se a situamos no nosso esquema, é como o vaso imaginário que contém o buque de flores real. Aí está como nos podemos representar o sujeito anterior ao nascimento do eu, e o surgimento deste (Lacan, 1953-54, p.96).

Na referência ao experimento do buque invertido, Lacan retrata a formatação do corpo que se molda numa antecipação. “É em função desse atraso no desenvolvimento que a maturação precoce da percepção visual adquire seu valor de antecipação funcional” (Lacan, 1946, p.187). Pois antes de se ter uma maturidade fisiológica que permite ao humano integrar as funções motoras do seu corpo e se erguer como uma pessoa, separada do outro, antes mesmo de poder sustentar o corpo por conta própria, “o sujeito toma consciência do seu corpo como totalidade” (Lacan, 1953-54, p.96).

Essa feitura do eu que envolve a imagem do corpo numa totalidade, não pode estar calcada no imaginário apenas, se não está ancorada em termos simbólicos, o que acontece é outra coisa, o espelho segue fragmentado. É isso que Lacan (1953-54) afirma ao se referir à posição do olho, que é o símbolo do sujeito no esquema:

Para que a ilusão [escópica] se produza, para que se constitua, diante do olho que olha, um mundo e que o imaginário pode incluir o real e, ao mesmo tempo, formá-lo, em que o real também pode incluir e, ao mesmo tempo, situar o imaginário, é preciso que uma condição seja realizada (...) o olho deve estar numa certa posição, deve estar no interior do cone (Lacan, 1953-54, p.97).

Imagem 1 – Estádio do espelho



Fonte: Lacan, 1953-54

E Lacan segue advertindo “na relação do imaginário e do real, e na constituição do mundo tal como ela resulta disso, tudo depende da situação do sujeito. E a situação do sujeito (...) é essencialmente caracterizada pelo seu lugar no mundo simbólico” (Lacan, 1953-54, p.97).

Uma posição que se faz, como fomos delineando até aqui, ao ocupar um lugar de desejo para o Outro e para o outro, para o casal parental e o que representam.

Assim, “A *Urbild*, que é uma unidade comparável ao eu, constitui-se num momento determinado da história do sujeito, a partir do qual o eu começa a assumir suas funções” (Lacan, 1953-54, p.137), a partir, lembremos, da ilusão escópica, da constituição no espelho, essa organização ordena a vida libidinal, pulsional. Ordenamento que verificamos ao fazer referência ao *Fort-da* acima, pois o fazer desaparecer aquilo que está sendo visto e depois trazê-lo de volta, atividade experimentada com o brinquedo e com a própria imagem da criança no espelho é nitidamente um trabalho com a pulsão e sua representação através do qual se domina muito mais que a dor da separação, mas a separação em si mesma. Ao fazer desaparecer e depois poder trazer a vista novamente vai fazendo a construção da permanência da existência apesar do olhar do outro. Aquela imagem representada do objeto – em que se inclui a imagem do corpo da criança na superfície refletora – pode ser reencontrada mesmo que não esteja sendo vista naquele momento. Ao ser o objeto escondido, a criança se percebe existindo apesar do reflexo da imagem. A brincadeira de colocar um paninho no rosto do bebê e perguntar: Cadê o Joaquim? É um tipo de *fort-da*. Nesse formato, no qual em poucos meses o bebê já consegue tirar o pano e responder com

um sorriso, está em jogo muito mais que a possibilidade do outro ir embora. Ainda que seja óbvio, pontuamos que se coloca a permanência da existência apesar do outro. Após essa conquista, “a imagem especular da coisa, guarda uma permanência que a arranca dos acidentes do aparecimento e do desaparecimento” (Safouan, 1979, p.94). Assim, a criança “se exercita na função de senhor do significante” (p.98) e diante das próprias aparições no espelho, “adquire o controle de sua imagem especular” (p.98) de modo a se dar conta que mesmo não vendo o outro, ou sendo vista, ela segue ali. Essa apreensão de si só é possível graças a função simbólica, pois “somente o significante permite a transformação do especular em um campo do visível, onde o não-visto, e mesmo o invisível, terão direito à cidadania” (p.99).

Dessa forma faz uma compreensão de si, uma primeira interpretação do que se é para o outro, por exemplo, ligando o ao nome próprio – ‘Eu sou Joaquim’, não que já o possa articular com sua própria voz, mas que pode reconhecer o som, ligá-lo ao seu ser e ‘atender’ com um olhar ao escutar seu nome. Esse ‘atender’ é por conta da interpretação do Outro. Uma suposição de sujeito, uma interpretação de intenção que precisa acontecer para que ali esteja mais que um objeto de satisfação e venha a nascer um sujeito. “*En cuanto el bebé se ocupa en comer el seno, la madre se ocupa en cocinar un estofado imaginario. Y en cuanto el bebé digiere ese seno, la imago digiere a ese bebé*” (Godino Cabas, 1980, p.58) ou nas palavras de Lacan (1938): “o ser que absorve é todo absorvido” (p.38).

Em seguida, o homem não apenas sabe e reconhece ‘eu sou o Joaquim’, mas antes mesmo – insistimos – de ter condições de dizer tais palavras com precisão, já esboça encadear esses sons e ligá-los ao que está no espelho, àquilo que vê. Essa imagem ganha nome e representação, ‘esse no espelho é o Joaquim’, ainda que o som venha do outro, fica registrado para que logo surpreenda com um ‘quim’ articulado de sua boca. Pois “a só vista da forma total do corpo humano dá ao sujeito um domínio imaginário do seu corpo, prematuro em relação ao domínio real” (Lacan, 1953-54, p.96). Antecipação que só se concretiza devido ao registro simbólico, como dissemos acima. Mas que precisa da dimensão imaginária, como nos diz Safouan (1979),

requer além disso a intervenção, em nossa relação com o mundo, de uma outra dimensão que a do simbólico que nos religa ao Outro, a saber, a dimensão de um imaginário especificamente humano, visto que ela nos religa à nossa imagem especular (p. 35).

Por isso nos deleitamos no espetáculo infantil de ver-se e fazer-se visto, nas pequenas conquistas, naquele esboço de sorriso, na gargalhada prazerosa da descoberta do corpo, nos primeiros passos, nos bracinhos erguidos pedindo colo. Por um breve espaço de tempo nos realizamos com a cena, numa quase concretização de ser o Outro do outro, pois nos identificamos novamente ali, naquele momento, mais uma vez sendo para outro. Afinal, sem plateia não há espetáculo. Um é parte do outro, “o primeiro efeito que aparece da *imagem* no ser humano é um efeito de alienação do sujeito. É no outro que o sujeito se identifica e até se experimenta a princípio” (Lacan, 1946, p.183). Assim o eu se faz para o outro, tanto que ao ir se fazendo se faz primeiro em terceira pessoa para depois fazer a virada: esse é o Joaquim e, depois, o Joaquim sou eu. Mas esse caminho de conquistar a primeira pessoa é longo. Fazemos uma pessoa, quando ainda há um longo caminho pela frente... numa constituição que se mostra capenga, pois é feita por comparação entre imagens e representações, se vendo sempre a partir de um outro sempre mais potente, mais capaz, mais inteiro. Nas palavras de Lacan (1953):

É primeiramente num outro, mais adiantado, mais perfeito do que ele, que o sujeito se vê. Em particular, ele vê sua própria imagem no espelho numa época em que é capaz de percebê-la como um todo, enquanto ele mesmo não se concebe como tal, mas vive no desarvoramento original de todas as funções motoras e afetivas que é o dos seis primeiros meses após o nascimento (p.18).

Assim, na constituição do eu, uma ilusão escópica se apresenta, como Lacan nos mostra com o experimento do buque invertido. A ilusão é de integridade. Inteirice imaginária. Ao se identificar com este outro, duplo especular, ao se ver no outro, supõe que é possível ser inteiro. Só supõe por já não ser. Por já ter notícias da falta que a imagem encobre. De modo que com a construção do Eu articula o recobrimento de uma falta que divide o humano, lhe dando uma ilusão de unidade, nas palavras de Godino: “*el yo aparece como una unidad desde que su esencia (la ilusión) le permite ignorar las determinaciones del Otro u del otro que articulan la subjetividad*” (Godino Cabas, 1980, p.66). Na relação imaginária, “O sujeito tem sempre, assim, uma relação antecipada com sua própria realização, que o rejeita, ele mesmo, para o plano de uma profunda insuficiência, e que nele testemunha de uma fenda, de um dilaceramento original” (Lacan, 1953, p.18).

Así pues el sujeto se arquitecta sobre dos polos: una imagen fragmentada de su propio cuerpo y una forma (ortopédica) de su totalidad. Por un lado hay un grupo de elementos (boca, ojo, nariz etc.) que

están como semi-sueltos; por el otro lado hay un conjunto o algo así como una capacidad de introducir un principio ordenador en esa experiencia anárquica y desordenada que es la experiencia orgánica en los primeros meses de vida (Godino Cabas, 1980, p.61).

Essa imagem narcísica está entregue aos olhos do outro, sendo, portanto, integridade frágil, facilmente posta em cheque. Se o outro dá a noção de ser, também pode tirar. Se o outro não olha, o eu não existe. Por isso “em todas as relações imaginárias, o que se manifesta é uma experiência de morte” (Lacan, 1953 p.18). Frente à possibilidade de quebra, angústia. Essa quebra aparece quando a falta é marcada. Falta que já está desde o início, desde o consentimento com a representação, falta que, no plano simbólico, é marca do desejo, mas que no nível imaginário, é “mutilação”, “sevícia” (Lacan, 1938, p.55), “despedaçamento do corpo” (p.58), fantasia que se relaciona a uma tentativa de penetrar, investigando e destruindo, o interior do corpo do outro (p.58).

É a aventura original através da qual, pela primeira vez, o homem passa pela experiência de que se vê, se reflete, se concebe como outro que não ele mesmo – dimensão essencial do humano, que estrutura toda a sua vida de fantasia (Lacan, 1953-54, p.96).

Num primeiro momento, poderia se dizer, levemente, que essas fantasias são ruins, enganadoras ou simplesmente vãs. Porém avaliamos importante afirmar que o imaginário é um dos registros com o qual o humano conta, e não está posto por um artifício sem função. Muito pelo contrário, o engodo é essencial para a constituição do psiquismo, sem a qual não poderíamos ter uma imagem própria coesa que se referisse à subjetividade de cada um. Muito além de fazermos um julgamento moral quanto a ser bom ou ruim, precisamos conhecer a função constituinte da fantasia inconsciente e poder reconhecer sua parte imaginária.

Mas o ponto importante é que essa forma situa a instância do eu, desde antes de sua determinação social, numa linha de ficção, para sempre irredutível para o indivíduo isolado – ou melhor, que só se unirá assintoticamente ao devir do sujeito, qualquer que seja o sucesso das sínteses dialéticas pelas quais ele tenha que revolver, na condição de [eu], sua discordância de sua própria realidade (Lacan, 1949, p.98).

Discordância posta na busca de fazer um eu tentando corresponder a esse objeto que supomos que o Outro quer, o que supomos que satisfaria esse outro – o isso... os pais. Fazendo-se assim, se engana que pode ser... e mostra justo que não é. De maneira que essa

forma é mais constituinte do que constituída (Godino, 1980). Concluimos assim que o estágio do espelho é o nascimento novamente prematuro, dessa vez do sujeito e seu

desenvolvimento é vivido como uma dialética temporal que projeta decisivamente na história a formação do indivíduo: o estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. Assim o rompimento do círculo do *Innenwelt* para o *Umwelt* gera a quadratura inesgotável dos arrolamentos do eu (Lacan, 1949, p.100).

Como afirma Miller (2008) “o sujeito se faz representar no Outro pela imagem de seu corpo próprio, de tal forma que essa imagem e sua manipulação funcionam como uma mensagem ao Outro e, ao mesmo tempo, dependem da mensagem recebida do Outro (p.22).

O narcisismo herdado da díade parental é a causa do eu, e por isso, a causa do corpo. Um corpo cujo descobrimento o sujeito chega apoiando-se na sua percepção do desejo materno. Tal descobrimento o leva a pretender assumir esse lugar. A assunção desse lugar se chama: identificação (Godino Cabas, 1980, p.19). Contudo,

Isso que o sujeito é como sendo o priva (...) disso que ele é; e isso que ele é na identificação (que é também o que lhe falta) não pode conduzi-lo senão a descontentar-se daquilo que ele é como sendo (...) ele é uma ilusão. Uma ilusão na qual vai um desejo (Safouan, 1979, p.70).

O trabalho de assumir uma identidade depende, portanto do lugar que lhe foi destinado, lugar este que se sustentou no desejo parental, de modo que esse lugar “no es fruto de la libre determinación ni de la libre elección del infans, sino producto de la determinación parental (Godino Cabas, 1980, p.29). Enfatizamos com Godino que essa assunção de uma identidade não se dá desde uma suposta liberdade, mas justo o contrário, desde uma determinação que vem do Outro. Por mais que pretendamos e valorizemos a autonomia, ainda assim, somos determinados e é preciso pontuar que só somos minimamente livres e autônomos dentro de certas ‘leis’.

“Esse momento em que se conclui o estágio do espelho inaugura, pela identificação com a imago do semelhante e pelo drama do ciúme primordial a dialética que desde então liga o [eu] (sujeito do ics) a situações socialmente elaboradas” (Lacan, 1949, p.101).

Vimos até aqui como a apreensão de uma imagem do corpo é dependente do lugar simbólico que a criatura humana tem no Outro e que busca numa antecipação responder a esse lugar. O que lhe confere um eu associado a um corpo pulsional delineado nessa imagem. Imagem esta que na melhor das hipóteses não sutura a fenda que se propõe encobrir, a saber, a fenda deixada pelo objeto perdido, a cuja substituição simbólica, metonímica, o eu corresponde em sua função e origem (Godino Cabas, 1980, p.32). Dessa forma, a imagem não estar adequada é condição do sujeito, posta desde o início da sua constituição como pudemos ver no estádio do espelho.

2.5 ÉDIPO

Sua mãe e eu/ Seu irmão e eu/ Irmão da sua mãe/ E a irmã da sua mãe
Lhe damos as boas-vindas/ Boas-vindas, boas-vindas/ Venha conhecer a vida
Eu digo que ela é gostosa/ Tem o sol e tem a lua/ Tem o medo e tem a rosa
Eu digo que ela é gostosa/ Tem a noite e tem o dia/ A poesia e tem a prosa
Eu digo que ela é gostosa/ Tem a morte e tem o amor
(Caetano Veloso, 1991)

Buscamos, até aqui, situar a construção da imagem do corpo e fazer notar nesse percurso que a imagem é um reflexo, uma imagem virtual ilusória que permite a visão unificada de si numa estruturação imaginária ancorada numa estruturação simbólica que o acesso à linguagem permite. O imaginário não se apoia no corpo orgânico, mas naquilo que lê do Outro, desde a leitura do corpo feita pelo Outro; a realidade originária é o significante. Num modelo de constituição do corpo a partir do discurso do Outro, embora não se reduzido a esse discurso, até porque senão, não haveria Outro. Pois se o sujeito se reduzir a uma imagem colada ao discurso o Outro, não existe o sujeito, nem, consequentemente, o Outro, já que o Outro é Outro do sujeito. Assim, onde incide a presença do Outro é justamente onde o sujeito não se adéqua a sua imagem. Mas insistimos, é a partir desse discurso que apreende uma imagem de si e essa apreensão é fundamental para o psiquismo, pois associa-se a noção de eu e contorna as pulsões.

Na formação do psiquismo humano, essa imagem, quando temos notícias dele, é sempre ilusória e se apresenta não exatamente como o que deveria ser, afinal, é um objeto de satisfação que não satisfaz completamente. Isso porque comporta a ambivalência significante que permite “a posse in absentia do significado” (Safouan, 1979, p.90), no qual bom e mal “se integram no mesmo objeto”(p.90) e “presença e ausência se integram *um no*

outro” (p.90). Sendo bom e mau, estando presente em ausência, não sendo, portanto, absoluto e total.

Em psicanálise, compreendemos que “É à luz da situação definida como edipiana que (...) acidentes da história do sujeito adquirem a significação e a importância que permitem relacioná-los com um dado traço individual de sua personalidade” (Lacan, 1938, p.53). O complexo de Édipo define pois “as relações psíquicas na família humana” (p.51) e “marca todos os níveis do psiquismo” (p.55). Ou seja, é no Édipo que se pode fazer uma leitura do que vê e vive. Leitura que nos situa no mundo como pertencentes a algo maior, em relação aos outros, a família, ao espaço onde vive, na cultura. Percebe através desse drama edípico as relações familiares, os interesses, as relações de desejo que estão ou que faltam e responde a esse desejo com todo seu ser. Relações que dizem do lugar de cada um, inclusive aquele que o sujeito busca ocupar. Um lugar de satisfação oferecido ao Outro, que arremata a constituição de um eu que ao separar do outro, aliena ao Outro. Um eu ilusório que, segundo Godino (1980) liga, num vínculo peculiar, o infans com seu outro.

Un vínculo peculiar que en realidad es un lazo el cual anuda la superficie libidinal del cuerpo del infans – y por lo tanto sus demandas – al cuerpo materno, al cuerpo familiar, al cuerpo del clan totémico, en fin, al cuerpo social (Godino Cabas, 1980, p.69).

Esse laço configurado aos moldes da novela familiar com o qual se delimita as relações e que, como dissemos anteriormente, deriva da inscrição significante, opera no corpo enlaçando a libido. Esse laço assegura que o humano tenha um lugar e que de objeto faltante possa se dizer em nome próprio, possa ter uma identidade, um eu, ainda que alienado ao Outro. É nesse laço que se organiza o psiquismo desde os primórdios da vida. Lembrando o que já dissemos anteriormente que o Isso se constitui a partir do narcisismo parental e que dependendo da formação dessa primeira instância, o Eu terá uma ou outra configuração. Se ali no Isso houve a inscrição de um desejo do Outro, se ali se pôde articular o organismo, a pulsão e o Outro, se coloca em funcionamento uma lei que conduz de um modo o curso da estruturação psíquica. Caso essa inscrição não aconteça, o modelo de estruturação psíquica será outro¹⁶. Essa lei que regula o desejo materno, barrando-a, garante que a mãe está referida a algo maior que ela mesma e se refere à interdição paterna

¹⁶ Gostaríamos de fazer um pequeno adendo para sublinhar que não se trata de um déficit, ou de uma deficiência a falta de inscrição do Nome do pai. Mas outro modo de funcionar.

por isso foi chamada por Lacan de Nome do Pai. Apesar do nome ‘interdição paterna’, independe da presença real do pai, do genitor, aquele de onde saiu o espermatozoide para a fecundação. Mesmo na ausência de um pai, mesmo que não haja qualquer figura masculina, mesmo que uma criança viva com a mãe, irmãs, tias e avós, ainda assim, pode haver essa interdição paterna que barra o desejo materno. Desejo este que não corresponde necessariamente ao desejo da mãe, da mulher que pariu, ou ainda de uma figura feminina, mas daquela pessoa que se dedica a cuidar do bebê; que captura e ao mesmo tempo libera a criança de estar colada a ele. Pois, é próprio do desejo não se saciar, nem com a criança, nem com coisa alguma. Essa particularidade de não ser saciável e de seguir pulsando permite que se faça a construção simbólica de que ao desejo da mãe corresponde outra coisa para além do bebê, o significado por deslizar. Assim, a inscrição do Nome do Pai livra a criança da obrigação de satisfazer o desejo materno. A satisfação da mãe está também em outro lugar e não depende dela, pois “O significante do Nome-do-pai significa à criança que ao pai cabe se encarregar deste enigma” (Millet, 1983, p.30). Está, pois, liberada do incesto. Este, o incesto, está barrado, impedido. Assim, no complexo de Édipo se dá a “substituição de um significante, o Nome-do-pai, por outro significante, o desejo da mãe” (p.28), e na realidade da criança com seu Outro está incluído um terceiro, que traz uma interdição ao desejo da mãe.

Essa interdição, ao passo que libera a criança de ser objeto para a satisfação do desejo do Outro, permite que se edifique um eu referido a esse desejo e um desejo em si mesma herdado do Outro, ainda que não o reconheça como próprio, pois experimenta a pulsão como se relativa à demanda do Outro.

É devido a sua posição de fazer-se o objeto do desejo da mãe que busca encarnar o falo, representante desse desejo, significante do significado do desejo da mãe. Desse modo a constituição do eu já se dá referida a uma substituição daquilo ao que corresponder o desejo da mãe, ao falo que aparece no jogo de presença-ausência da mãe, nas idas e vindas da satisfação, no aumento e diminuição da tensão no corpo, caminho que delineamos anteriormente e que chega a constituir a imagem do sujeito, uma imagem que agora podemos dizer fállica, pois vem substituir ao falo. A ausência da mãe, a ausência da satisfação que a mãe carrega faz perguntar, *por que ela não está?* E aparece a falta na mãe, afinal, percebe-se que ela *manca*, que ela falta, capenga, tropeça... ela não pode fazer tudo

sozinha, ela precisa de ajuda, que chora e ela não aparece, que quer e ela não dá, que ela olha para algo além do sujeito. Ao se perguntar pelas idas e vindas da mãe, pode perguntar pelo significado delas.

A pergunta é: qual é o significado? O que quer essa mulher aí? Eu bem que gostaria que fosse a mim que ela quer, mas está muito claro que não é só a mim que ela quer. Há outra coisa que mexe com ela – é o x, o significado. E o significado das idas e vindas da mãe é o falo (Lacan, 1958, p.181).

Esse x, essa resposta ao que ela quer vai ser determinante na construção do psiquismo, na construção de uma identidade, de um jeito de se por no mundo. Notemos que o falo é um significante muito importante, muito valioso e principalmente que não é o pênis, mas o significante do significado do desejo materno. Afinal, já representava a resposta ao debate da presença e ausência que vinha se fazendo. Representava essa presença e ausência em sua brincadeira que ainda não era com o genital. Incluindo a si mesma no jogo, vê sua imagem sendo vista e não sendo vista, conquista “a representação da representação” (Safouan, 1979, p.95), estava num trabalho de instalar a máquina simbólica que lhe permitisse calcular: presença - ausência; tem - não tem; 1 – 0.

A criatura humana experimenta esse cálculo de várias formas em seu ser, principalmente nas idas e vindas da mãe, de seu seio, e com as fezes. Mas uma grande virada acontece no psiquismo quando a curiosidade sexual faz a criança se voltar para seu corpo e o corpo do outro, já tendo o amparo simbólico da representação. Acaba por notar que em alguns há um pedaço que em outros não há, isto é, percebe a diferença sexual anatômica e seguindo os mesmos moldes de cálculo que vinha fazendo até ali se questiona. Coloca todo seu ser em questão. Afinal, por que mesmo essa diferença? O que isso representa? Freud fala dessa virada:

Já foi sugerido com insistência que o bebê, toda vez que o seio materno é afastado sente essa privação como uma castração, isto é, como perda de uma parte significativa do próprio corpo. (...) Ademais, sugeriu-se que ele não pode deixar de ser idênticamente afetado pela perda regular de suas fezes; e que, afinal, o ato próprio do nascimento (...) constitui o protótipo da castração. Mesmo reconhecendo todas essas raízes do complexo, expus o ponto de vista de que a expressão ‘complexo de castração’ deve restringir-se àquelas excitações e consequências decorrentes da perda do pênis (Freud, 1909, p.17).

Logo, esse x, a resposta dada ao significado das idas e vindas do Outro, que havia se ligado ao pai, sofre um grande impacto no encontro com a diferença sexual anatômica. “A falta de um pênis é vista como resultado da castração e, agora, a criança se defronta com a tarefa de chegar a um acordo com a castração em relação a si própria” (Freud, 1923, p.159). Acordo necessário com a castração, com a diferença, com o Outro. “A criança vai tentar se igualar ao que lhe aparecerá como objeto deste desejo materno” (Milot, 1983, p.28), tentativa fadada ao fracasso, dado o caráter inapreensível do desejo.

Mas Freud observa, e nos alerta que se percebe a diferença sexual anatômica, para no instante seguinte negá-la, optando por rejeitar a própria percepção. Nas palavras de Freud (1923):

Sabe-se como reagem às primeiras impressões da ausência de pênis. Eles recusam [*leugnen*] essa ausência, acreditam ver um membro, atenuam a contradição entre o que viram e o que esperavam, mediante a evasiva de que ele é ainda pequeno e crescerá, e aos poucos chegam à conclusão emocionalmente significativa de que no mínimo ele estava presente e depois foi retirado. A ausência de pênis é vista como resultado de uma castração, e o menino se acha ante a tarefa de lidar com a castração em relação a ele próprio (p.173, adendo nosso).

A negação, o próprio Freud nos diz a seguir em 1925, é “sucessora da expulsão” (Freud, 1925c, p.281), pertence à pulsão de morte. Logo, o sujeito só nega por já não poder lidar com a diferença que já foi inscrita, senão não poderia ser negada, simplesmente não estaria. Formula, então, teorias que permitem pensar que o eu tem ou, se o eu não tem, alguém tem; e por isso, ou teve e perdeu ou pode vir a ter isso que lhe falta. Constrói teorias rebuscadas para sustentar sua negação, como conhecemos as teorias sexuais infantis. Busca manter a suposição de que “todos os outros seres vivos, tanto pessoas como animais, possuem um órgão semelhante ao seu, e sabemos até que ele busca igualmente em coisas inanimadas uma formação análoga” (Freud, 1923, p.171). Temos inclusive mostras de crianças que perguntam pelos ‘pipis’ em qualquer coisa como Hans que via o pipi na teta da vaca, no leão, na locomotiva, na mãe, na irmã, enfim, em quase tudo. Gostaríamos de fazer referência a um vídeo que circula na internet no qual uma menina sentada no vaso sanitário diz à mãe: “Minha pipi ta rasgada”. Ao ser perguntada sobre como sabe, responde: “eu vi, ó”. A mãe então explica que não está rasgada que é assim mesmo nas meninas, e imediatamente na sequência, como se nada houvesse sido dito, a menina segue afirmando

que está rasgada, mas já com a pergunta: “Quem rasgou?” A mãe então começa a rir bastante e a menina grita insistentemente a mesma pergunta até que aceita a risada e inclusive diz algo sobre isso, se acalma. A mãe, então explica novamente que meninos têm pipi e meninas, pipita. Por fim, a menina, seguindo literalmente o texto freudiano insiste: “minha pipi tá rasgado, tá sim, minha pipi é pequenininho”. Parece já estar anunciando que este rasgo vai cicatrizar, e que seu pipi vai crescer. Lembramos ainda de uma outra mocinha de pouco mais de 2 anos que acordou sorrindo e disse: “mamãe, eu tenho um pilili escondido”. Não se conformando em não ter um pipi, deve ter acordado excitada, com vontade de ir ao banheiro e percebeu a presença de seu órgão que se não parece um pipi, é porque não estamos vendo bem.

O debate sobre a castração marca o pensamento infantil e novamente diz de um lugar ocupado pelo humano. Lugar que será daquele que perdeu, que ‘foi rasgada’ como a menina do vídeo, ou que como Hans, está sempre com medo de perder aquele pouco pipi que tem. Na infância se faz um intenso percurso sexual, entendendo o sexual aqui como o próprio Freud propôs:

em que consiste a tão enfatizada e criticada ampliação do conceito de sexualidade. Tal ampliação é dupla. Primeiro, a sexualidade é afastada de seu vínculo por demais estreito com os genitais e caracterizada como uma função somática mais abrangente, que visa o prazer e só secundariamente entra a serviço da procriação. Em segundo lugar, são incluídos entre os impulsos sexuais todos aqueles apenas afetuosos e amigáveis, para os quais a linguagem corrente utiliza a polivalente palavra "amor" (Freud, 1925b, p.118).

Assim, na infância, se experimenta a sexualidade e o modo infantil de como coube na vida lidar com os impasses sexuais/pulsionais segue operando por toda a vida até que se possa rever, em análise esse método específico próprio de lidar com a sexualidade.

Todas as repressões se efetuam na primeira infância; são medidas primitivas de defesa, tomadas pelo ego imaturo, débil. Nos anos posteriores, não são levadas a cabo novas repressões, mas as antigas persistem, e seus serviços continuam a ser utilizados pelo ego para o domínio dos instintos. Livramo-nos de novos conflitos através daquilo que chamamos de ‘repressão ulterior’ [*Nachverdrängung*] (Freud, 1937, pp.242-243).

A repressão original ou “*primordial*” (Freud, 1915a, p.63), que no texto freudiano aparece como *Urverdrängung* é aquela que marca o início da vida psíquica e decide o curso

da inscrição da representação de uma pulsão. O que é essencial do curso do desenvolvimento psíquico, pois

Um instinto [pulsão] não pode jamais se tornar objeto da consciência, apenas a ideia que o representa. Mas também no inconsciente ele não pode ser representado senão pela ideia. Se o instinto não se prendesse a uma ideia ou não aparecesse como um estado afetivo, nada poderíamos saber sobre ele. Mas se, no entanto, falamos de um impulso inconsciente ou um impulso reprimido, trata-se de uma inócua negligência de expressão. Só podemos estar nos referindo a um impulso cujo representante ideativo* é inconsciente, pois outra coisa não poderia entrar em consideração (Freud, 1915b, p.85).

Assim, a possibilidade de representação da pulsão é primordial e faz diferença no como lidar com a pulsão, pois “é um erro destacar apenas a repulsa que, a partir do consciente, age sobre o que há de ser reprimido. Deve-se ter em conta, em igual medida, a atração que o primordialmente reprimido exerce sobre tudo aquilo com que pode estabelecer contato” (Freud, 1915a, p.64) A repressão ulterior [*Nachverdrängung*] ou “*repressão propriamente dita* afeta os derivados psíquicos da representante reprimida ou as cadeias de pensamentos que, originando-se de outra parte, entraram em vínculo associativo com ela” (p.64). Essa repressão é secundária e se estabelece no Édipo justo ao ver-se obrigado a tomar uma decisão quanto as questões da sexualidade, não existe repressão mais tardia. Não é intenção deste trabalho seguir numa explicação detalhada sobre o recalque, mecanismo de defesa em funcionamento da neurose. Mas pontuar que o encontro com a sexualidade é infantil e que as formas de defesa também são.

A aproximação da vida sexual infantil àquela dos adultos vai muito adiante, e não se limita ao surgimento da escolha de objeto. Mesmo não chegando a uma autêntica reunião dos instintos parciais sob o primado dos genitais, no auge do desenvolvimento da sexualidade infantil o interesse nos genitais e sua atividade adquirem uma significação preponderante, que pouco fica a dever àquela da maturidade. A principal característica dessa “organização genital infantil” constitui, ao mesmo tempo, o que a diferencia da definitiva organização genital dos adultos. Consiste no fato de que, para ambos os sexos, apenas um genital, o masculino, entra em consideração. Não há, portanto, uma primazia genital, mas uma primazia do falo (Freud, 1923, pp.170-171).

Observamos que há uma organização psíquica que se estabelece na infância e que deixa consequências para toda a vida. Se imprime um modo de lidar com as pulsões associado a linguagem. Dessa forma constatamos que assim como nos primórdios da

linguagem, quando havia uma só palavra para representar dois opostos (como fizemos alusão ao texto freudiano de 1910 – *A significação antitética das palavras primitivas*, e nos referimos a *heimlich*, estranho e familiar) também no início do psiquismo em cada um, o mesmo mecanismo de inscrição simbólica é utilizado e faz-se uma única representação para a diferença sexual: o falo. Esse significante se torna um operador, representa a diferença.

De posse desse operador, retroativamente reorganiza o vivido até ali. E será determinante para o psiquismo dali por diante. Qualquer que seja a teoria construída, contudo, o dano narcísico sempre se põe. O Eu se abala com o risco de perder ou de não ganhar. Emerge desse debate uma convicção fálica ou a primazia do falo: eu não tenho, mas alguém tem. A convicção fálica lança a promessa de poder alcançar o pe(r)dido, que nunca houve ou (para não aterrorizar alguns fantasmas) talvez possamos deixar em suspenso e dizer, que a convicção fálica promete (re)tomar algo que provavelmente nunca tenha havido.

Essa constituição se conforma a uma estória, uma trama, o drama edípico. Mais precisamente nas palavras de Godino (1980) “*este yo(je) es el espacio en el que se desarrollará el gran debate del Edipo [...] el moi es el gran tema de ese debate*” (p.63). Sendo, grosso modo, o eu (je) a parte simbólica referida a linguagem e que, portanto, “*indica la posición y lugar del hablante en todo discurso*” (p.62); e o moi a parte imaginária “*una imagen fragmentada de su propio cuerpo y una forma (ortopédica) de su totalidad*” (p.61). Ao que Godino adenda: “*el moi parece ser una ortopedia del infans pero también un apéndice (necesariamente fálico en el registro materno) del Otro. Hay un algo [...] que liga y que copula en este yo(moi): es el falo en acción*” (p.61).

o que se realiza através do complexo de Édipo é concebível como uma operação significante que consiste na substituição de um significante por outro, ou seja, uma metáfora. A operação metafórica engendra um novo sentido que os significantes inicialmente em jogo não comportavam (Millot, 1983, pp.27-28).

O complexo de Édipo Freud o nomeou a partir da peça de Sófocles, na qual Édipo é abandonado pela família e criado por outra, pois segundo o Oráculo iria matar seu pai e desposar sua mãe. Ao crescer, Édipo consulta o Oráculo buscando sua origem e o que encontra é seu destino – matará o pai e se casará com a mãe. Foge tentando escapar do destino traçado. No caminho, concretiza a profecia, mata o pai, casa-se com a mãe e vira

rei. Algum tempo depois ao tentar conter as pestes que assolavam seu reinado, se depara com a verdade sobre sua identidade e sua história. Nesse momento, fura seus olhos e vai para o exílio.

Freud se serve da tragédia grega para apresentar uma historieta comum a qualquer ser humano: ser introduzido ao social através de um núcleo familiar que o destina a algo bem determinado. À primeira vista, numa leitura rasa, pode ser pensado algo como: o menino quer matar o pai e desposar a mãe. Mas Freud nunca disse isso e sabemos que casos de incesto e parricídio são raros. Freud tampouco extraiu a temática do teatro e adaptou à teoria analítica, seu movimento foi justo o oposto, desde a clínica constatou o enredo se repetindo. Então vejamos, porque essa história? Porque os pacientes ensinaram Freud que se situam na vida desde a história vivida, história sempre sentida como um drama que determina a vida de modo alheio à vontade do vivente. Uma história na qual os principais personagens são os mesmos de Édipo, a saber: o pai, a mãe, a criança e a morte, se emaranhando num destino traçado à revelia dos personagens (Lacan, 1938, p.19).

Mas é relevante frisar que no complexo de Édipo se antecipa uma certeza quanto ao ser da criatura humana, uma certeza como a referida por Lacan (1945) em seu texto *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*.

No sofisma do texto lacaniano, três presidiários escolhidos são chamados a resolverem um problema de lógica e, o primeiro que conseguir concluir fundamentado em motivos lógicos estará livre. Havia cinco discos, dos quais três eram brancos e dois pretos. Nas costas de cada detento foi colocado um disco de modo que não pudessem ver os discos em si mesmos, apenas os dos colegas. Estavam livres para examinar os companheiros, sem nada dizer, podiam apenas se olhar. Após certo tempo, os três saem e explicam mais ou menos da mesma forma como sabem que são brancos:

Sou branco e eis como sei disso. Dado que meus companheiros eram brancos, achei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia ter inferido o seguinte: ‘Se eu também fosse preto, o outro, devendo reconhecer imediatamente que era branco, teria saído na mesma hora, logo, não sou preto. E os dois teriam saído juntos, convencidos de ser brancos. Se não estavam fazendo nada, é que eu era branco como eles. Ao que saí porta afora, para dar a conhecer minha conclusão’. Foi assim que todos três saíram simultaneamente, seguros das mesmas razões de concluir (Lacan, 1945, p.198).

No Édipo, assim como no sofisma do texto lacaniano, se coloca uma pergunta sobre o ser do sujeito, que trará grande impacto sobre sua vida dali em diante. A resposta sobre si mesmo deve ser encontrada por conta própria, apesar da companhia do outro. Ninguém poderá responder no lugar do sujeito sobre aquilo que está marcado em seu corpo, onde não consegue ver. Mesmo que alguém diga, o sujeito deverá interpretar por si mesmo a resposta do outro, pois precisa assumir e explicar em nome próprio qualquer decisão que tome, deve ter, portanto, uma íntima convicção, uma certeza para assumir uma posição. Decisão que encampa só e de cuja resposta também desfrutará só, pois aquilo que fez com o que reconheceu em si não servirá a mais ninguém além do próprio sujeito.

A questão central do Édipo é a castração, o reconhecimento de que ao ser falta e esta falta está ligada ao seu ser e ao ser do Outro. Não se trata apenas de uma suposição, mas de uma certeza simbólica concretizada imaginariamente no próprio corpo do sujeito. Assim, retroativamente podemos dizer que “a castração já condiciona o estádio do espelho” (Miller, 2008, p.20). Não que ela, a castração, já estivesse formulada, apreendida desde os seis meses de idade, pois lemos em Freud que a perda precisa estar associada ao genital masculino para ser chamada Castração. Mas observamos que a inscrição significativa já se fazia notar através do laço ao Outro e ao por em funcionamento a lógica da castração ao se ligar ao corpo seu e da Mãe, ela age retroativamente nos estágios anteriores.

A prematuridade que foi interpretada como falta e não uma condição biológica vem se juntar a linguagem para constatar a castração. Assim, “a imagem do corpo traduz sempre a relação do sujeito com a castração” (Miller, 2008, p.22).

2.6 A ASSUNÇÃO DE UMA POSIÇÃO FRENTE AO SEXO

A descoberta do falo na infância e suas consequências é o ponto nevralgico para a psicanálise em torno do qual se organiza na constituição do psiquismo, dentre outras coisas a assunção do sexo. Destaca-se esse ponto, pois a partir desse conceito podemos derivar o que se passa na assunção do sexo que pode coincidir ou não com o papel social desenvolvido. Sabemos que é a partir desse momento que o psiquismo define um modo de defesa e assim, sua estrutura, uma estrutura que ainda não estava completamente anunciada no texto de Freud ainda que tenha descrito as três saídas: *Verdrängung*, *Verleugnung* ou *Verwerfung*. O recurso do estruturalismo veio com Lacan para a psicanálise, mas, lemos em *Totem e tabu* que percebeu certa disposição a manter uma organização tanto na natureza

quanto no homem quando afirma: “A natureza gosta de empregar as mesmas formas nos mais diversos contextos biológicos, por exemplo, em formações de corais e em plantas, e mesmo em certos cristais ou precipitados químicos” (Freud, 1913, p.34). O que nos indica que Freud notava algo de uma mesma formação, estruturação para comparar essas formações da natureza com a forma dos estados mentais. Contudo, não é objeto desse trabalho discorrer sobre as diferentes estruturas clínicas, embora faça muita diferença para nossa prática clínica poder nos situarmos quanto a elas. Assim como o nosso psiquismo usa artifícios das línguas primitivas, usa os mesmos recursos de povos primitivos, como nos diz Freud também no texto acima. O funcionamento mental é primitivo, infantil e na relação com a pulsão isso é determinante. Não em vão, Freud (1937) sustentou até o fim da vida que no trabalho analítico “temos apenas uma única pista (...) a saber, a antítese entre o processo primário e secundário” (p.241).

Mas retomemos o curso que nos trouxe até aqui. Como nós humano nos chamamos homens ou mulheres, meninos ou meninas... ou trans, ou *queer*, ou não-binário, Freud desde o início da sua obra afirmava que “o homem é um animal de inequívoca disposição bissexual” (Freud, 1930, p.70) e sabemos que isso não significa orientação sexual no sentido de à quem elejo como objeto sexual, mas que comporta todas as facetas do sexual para a psicanálise. Além da disposição bissexual, dissemos ainda que a vida sexual é infantil e que o que há na infância é a primazia fálica. Mas

A sexualidade é um fato biológico que, embora de significação extraordinária para a vida psíquica, é psicologicamente difícil de apreender. Estamos habituados a dizer que cada pessoa mostra impulsos instintuais, necessidades, características tanto masculinas como femininas; a natureza do masculino ou feminino, porém, pode ser indicada pela anatomia, mas não pela psicologia (Freud, 1930, pp.70-71)

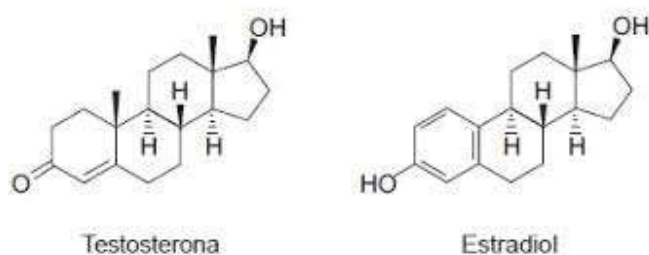
Embora Freud (1905) nos advirta que “os conceitos ‘masculino’ e ‘feminino’, cujo teor parece tão inequívoco para a opinião geral, estão entre os mais confusos da ciência” (p.139). Na busca por essa distinção empregam-se os termos “atividade e passividade” como relacionados respectivamente a masculino e feminino, o que não ajuda a sair do impasse se observarmos que mesmo numa meta passiva, a pulsão é sempre ativa (p.139). Outra tentativa de distinção que Freud situa é a biologia, e deste Outro não podemos nos furtar. Biologicamente, no humano “masculino e feminino são caracterizados pela presença

de espermatozóides ou óvulos, respectivamente, e pelas funções que deles decorrem” (p.139), costumam estar associados a masculino um “maior desenvolvimento muscular, agressividade, maior intensidade da libido” (p.139), embora existam espécies nas quais esses atributos estejam destinados às fêmeas. Sobre isso, Millot (1983) afirma que

“Se até aqui a diferença dos sexos deve muito ao simbólico e suas bipartições, e ao imaginário que fixa papéis, ela pertence, em última instância, por aquilo que representa de incontornável, ao registro do real, ou seja, ela pertence à ordem do irredutível, contra o qual se pode bater, sem parar, a cabeça” (p.15).

Apesar dessa constatação real, gostaríamos de apresentar um pequeno adendo que o trabalho com a transexualidade nos apresentou em função do efeito da hormonização em nossos pacientes. Em conversa com o médico responsável da época, ouvimos o seguinte enunciado: “a testosterona, hormônio masculinizante, presente em maior quantidade geralmente nos homens, marca o corpo como a tinta marca o papel, não tem volta, deixa rastro. O estradiol, nem tanto” (Rogério Luz Coelho, como ouvimos em algum momento de 2016). Isso explicava porque a transição de homens trans era tão mais rapidamente visível e o que lhes dava melhor passabilidade¹⁷ que das mulheres trans (lembrando que homens trans, nasceram com vagina e se identificam como homens e mulheres trans, nasceram com pênis e se identificam como mulheres). Estudando o assunto, chegamos à diferenciação da molécula de testosterona e estradiol, que se diferem por uma ligação de hidrogênio.

Imagem 2 – Moléculas de testosterona e estradiol



Fonte: Tramontano, 2017.

E ainda a noção de que a base dos hormônios ditos sexuais é o colesterol e que há certa regulação do organismo quanto aos seus níveis. De modo que, sendo percebido um excesso de um ou outro o corpo pode transformar um em outro e vice-versa. “É possível,

¹⁷ A passabilidade é como chamam ao grau de aproximação física da imagem percebida socialmente das pessoas trans ao gênero ao qual se sentem pertencer.

portanto, que o excesso de um hormônio leve à sua conversão em outro, causando efeitos contraditórios” (Tramontano, 2017, p.182). O que nos chama atenção é que não se sabe exatamente como, algumas pessoas regulam isso de maneira equivocada. “No caso dos hormônios sexuais, dada sua semelhança, esse processo acontece com frequência – seja caótica, seja propositadamente; seja à revelia do organismo, seja como mecanismo de controle” (p.182).

Já recebemos no serviço pessoas que ‘naturalmente’ começam uma transição chegando ao serviço como homens trans já com barba, por exemplo, sem tomar testosterona. E há pessoas que mesmo fazendo o tratamento hormonal, demoram muito para apresentar características sexuais secundárias. Não queremos nos delongar nesse assunto, mas novamente, gostaríamos de considerar que a biologia é suporte do significante. Nesse trabalho com a questão hormonal, o trabalho de Lucas Tramontano (2017) intitulado *A fixação e a transitoriedade do gênero molecular* nos foi de grande auxílio.

Ele pontua, por exemplo, que “os efeitos da testosterona são rápidos e incisivos, encenando a agressividade e praticidade atribuída aos homens, ao passo que o estrogênio age de forma mais discreta e menos visível, simulando a passividade e delicadeza femininas” (p.167). Para em seguida afirmar que “não existe uma verdade natural, não mediada do corpo” (Oudshoorn, 1994, p.3 como citado em Tramonto, p.168) E desde a antropologia traz algo muito próximo com o que estamos desde o início dizendo neste trabalho: “tudo que envolve nossos corpos é mediado pela linguagem, e as ciências biomédicas funcionam como mais um provedor dessa linguagem, ao mesmo tempo em que todo o pensamento científico é também limitado pela linguagem” (p.168). Assim, embora reconheçamos que há um limite real, o tocamos com a linguagem e a partir daí um efeito já se deu. Precisamos ponderar, portanto, que o real, temos notícias no que nos escapa, no que não pudemos recobrir com a linguagem e com o imaginário.

Retomando as definições freudianas de masculino e feminino, temos ainda o terceiro significado, o sociológico, que segundo ele “nasce a partir da observação dos indivíduos masculinos e femininos em sua existência efetiva” (Freud, 1905, p.139), mas acrescenta que não há dentre os humanos a masculinidade ou a feminilidade pura.

“A diferença dos sexos, longe de ser apenas uma particularidade anatômica trivial” está ligada ao que “funda o homem – a fala” – e disso é indissociável e constitui um ponto

nodal das articulações que sexo mantém no ser humano com a vida, a reprodução e a morte (Frignet, 2002, p.83).

Assim, reconhecemos com Freud, que a anatomia indica, oferece dados biológicos nos quais o humano pode apoiar-se imaginariamente numa possível relação à posição quanto ao que é relativo ao sexo, porém não encontra aí sustentação sólida, uma vez que essa – a base consistente – só pode ser apreendida no plano simbólico, no laço ao Outro, como dissemos até aqui, no que apreendeu do desejo e como isso delineou o corpo. Lacan também nos adverte: “as vias do que se deve fazer como homem ou como mulher são inteiramente abandonadas ao drama, ao roteiro, que se coloca no campo do Outro – que é propriamente o Édipo. (...) o que se deve fazer, como homem ou como mulher, o sujeito deve aprender, peça por peça, do Outro” (Lacan, 1964, p.194). Mais uma vez temos a afirmação de que o Édipo é o enredo do laço ao Outro através do qual se lança o oráculo para a vida do sujeito, se assume uma posição.

Freud afirma que o menino abandona o complexo de Édipo, devido ao complexo de Castração, como vemos na citação do texto *A dissolução do complexo de Édipo*: “O que afirmo agora é que a organização genital fálica da criança sucumbe devido a essa ameaça de castração” (Freud, 1924, p.207) ou ainda “o complexo de Édipo sucumbe à ameaça de castração” (p.210). No texto, quando afirma com relação à vida sexual do menino ser mais que a masturbação e quanto aos modos de satisfação ativa ou passiva, o autor adverte:

Pois ambas acarretavam a perda do pênis, uma, a masculina, como castigo, a outra, feminina, como pressuposto. Se a satisfação amorosa no terreno do complexo de Édipo deve custar o pênis, tem de haver um conflito entre o interesse narcísico nessa parte do corpo e o investimento libidinal dos objetos parentais. Nesse conflito vence normalmente a primeira dessas forças; o Eu da criança se afasta do complexo de Édipo (p.208).

Ora, entre a possibilidade de perder o pênis e a outra possibilidade de perder o pênis, como diz Freud, o menino escolhe perder a história, o Édipo, para curiosamente, se manter no enredo que o trouxe até ali como aquele ‘Eu’ que funciona como objeto de satisfação para o Outro, ou seja, ainda é fálico.

“Na menina o complexo de Édipo é uma formação secundária. Os efeitos do complexo de castração o precedem e o preparam” (Freud, 1925c, p.296). A atitude frente à percepção da diferença sexual anatômica na menina é diferente do que se apresenta no

menino. “Num instante ela faz seu julgamento e toma sua decisão. Ela viu, sabe que não tem e quer ter”. As consequências dessa constatação e atitude também impactarão adiante na vida.

Afinal, como diz Freud, “Anatomia é destino” (Freud, 1924, p.211) e seguindo na referência que o autor faz a Napoleão, o destino também é política. Afinal, o que é política senão a posição que se toma frente a uma questão? Assim, ousamos concordar com Freud, apesar da crítica política certa que isso nos acarreta. Porque também com ele admitimos que “primeiro cedemos nas palavras, e depois, pouco a pouco, também na coisa” (Freud, 1921, p.33), e com isso não podemos concordar.

De que coisa não podemos então ceder? De afirmar que o corpo importa. E muito. Faz muita diferença ter um pênis ou uma vagina e não apenas porque esse ou aquele. E inclusive faz diferença o corpo do outro. Se não fizesse, não estaríamos aqui discorrendo sobre assuntos que a clínica com pessoas trans nos convocaram a responder. Se não fizesse diferença, um homem ou uma mulher trans não pediriam correção cirúrgica. Ou ainda que não peçam a cirurgia, não pediriam retificação do nome, reconhecimento social da sua identidade de gênero, não se distinguiriam de outras pessoas. Mas se distinguem. E acreditam precisar de tudo isso que solicitam, é um pedido verdadeiro, autêntico. Por isso insisto o corpo importa muito e anatomia é destino. Mas importa porque não é dado de antemão, posto que não é um dado biológico simplesmente. De que anatomia falamos? Dessa anatomia humana batizada, nomeada, sustentada pelo verbo. O corpo é um laço entre esse dado biológico e o Outro – o social, o mundo em que vive, a linguagem que aparelha o humano. De modo que novamente ratificamos, se o corpo é dito homem ou mulher pelo Outro, que estatuto tem essa outra posição de dizer que é outra coisa? Assim, novamente anatomia é destino, pois se um filho dito homem pelos pais, pela família, pelo social afirma que é mulher estará deixando de ser um homem cis para ser uma mulher trans. Ao menos a nomeação é outra.

Contudo, “A verificação da consistência da realidade perceptiva (...) é fundamentada no Nome do Pai” (Miller, 2008, p.21) e isso define a realidade em que nos situamos. De que modo se ancora no discurso do Outro ou de que modo rejeita esse discurso. Lembremos que é discurso do Outro o que da biologia, da anatomia temos acesso.

Com essa informação, retomemos o Édipo. Esse drama se conclui não apenas com a notícia da diferença, mas Freud é preciso ao afirmar que o grande impacto da diferença sexual se dá quando a criança percebe a ausência do pênis na mãe. Afinal “o fato de a mãe ser desejante significa nela uma falta, que vem a ser representada pela ausência do órgão peniano na mulher¹⁸” (Milot, 1983, p.29).

Essa descoberta coloca a criança frente à firme convicção da perda. Após esse impacto relativo à ausência de pênis na mãe, o complexo de castração se instala. O grandioso desse momento é a constatação de que ao Outro falta, de que esse Outro também pode perder ou já perdeu. E perdeu um pedaço seu. Um “órgão fantástico ou, em todo caso, uma fantasia” (Godino, 1988, p.54) Fantasia esta que “responde a uma relação que é fundante na constituição do inconsciente: a relação Mãe/Criança” (p.54).

O Édipo para o menino então se aproxima da conclusão. A diferença sexual anatômica leva a se posicionar frente à imagem de seu corpo, imagem projetada para satisfazer seu Outro, e dizer: escolho manter esse eu íntegro e fazê-lo fálico para a satisfação do Outro, pois segue como nos primórdios, o falo referido à resposta daquilo que o Outro quer, ainda que tenha se ligado à ideia do genital masculino. Para a menina, que frente à diferença sexual anatômica constatou que já saiu de início perdendo, conclui o Édipo decidindo buscar alcançar o que lhe falta, e que desse modo, o que falta para satisfazer ao Outro. Assim,

não se trata de uma subjetivação, para cada sexo, do tornar-se homem ou tornar-se mulher, mas do estabelecimento de uma função fálica que, esta sim, é subjetivada. Cada um se vê em relação ao falo: uma relação difícil, experimentada de maneira dolorosa, em termos de angústia de castração, por um lado, e de *Pennisneid*, de outro (Estrada, 2004, p.370).

Isto é, a saída do Édipo é fálica, ou seja, relativa ao falo, em qualquer situação que se configure um complexo de Édipo.

¹⁸ Impossível para nós não fazermos uma observação. Perguntam-nos quanto à criação de crianças por mulheres trans supondo que não poderiam transmitir uma estruturação psíquica fora da transexualidade. A pergunta que devolvemos é quanto a transmissão do desejo. O que será que precisa para que ele seja transmitido? Por que o que está em debate muito anterior ao pênis é o lugar de desejo que um filho vem ocupar e a pulsação desse desejo naquele que cumpre a função materna. Sabemos que as estruturas não se transmitem porque querendo, por um ato de vontade, mas por uma inscrição que deve contar com algo da transmissão que depende tanto de um como do outro lado em jogo. Quanto ao pênis da mãe, se for desejante, apostamos lhe faltará.

“o complexo de Édipo tem uma função normativa, não simplesmente na estrutura moral do sujeito, nem em suas relações com a realidade, mas quanto à assunção de seu sexo [...] há no Édipo a assunção do próprio sexo pelo sujeito, isto é, para darmos nome às coisas, aquilo que faz com que o homem assuma o tipo viril e com que a mulher assuma um certo tipo feminino, se reconheça como mulher, identifique-se com suas funções de mulher” (Lacan, 1957-58, p. 170)

Entretanto, há ainda, precisamos dizer, quem não entre no debate edípico, ou seja, quem rejeite a “Lei que funda a ordem significativa e concomitantemente, fica abolida toda possibilidade de significado e de sentido” (Godino, 1988, p.56). Isto é, rejeita o código, de que dependem as possibilidades de sentido.

O código é transindividual, leia-se social, e pelo mesmo motivo não é algo que depende do sujeito [...], mas por sua vez, determina o sujeito, pois cada um deve adequar-se à língua para possibilitar o entendimento: o sujeito se ajusta à língua. Neste sentido, o código é anônimo e, como tal, alheio ao sujeito que a ele se subordina. Por fim, esse código tem a forma de um Outro que determina o sujeito. Este Outro, que resulta da operação da língua no infans, é isomórfico do Outro que é a mãe (Godino, 1981, p.263).

Não à toa dizemos língua materna, língua que nos acolhe e nos determina. Como dissemos anteriormente, para a constituição de um eu e sua imagem configurados de modo a responder ao desejo materno é preciso que se inscreva no aparelho psíquico um consentimento com a linguagem que virá representar na criança esse desejo como uma falta que o eu vem recobrir. Mas em outras configurações psíquicas, onde esse desejo não opera da mesma forma, onde não se inscreveu a lógica da representação que permite que o significado do desejo da mãe seja representado pelo significante do Nome-do-pai, o Eu não tem essa função ilusória ser o falo. O Eu não exerce a função organizadora de unificar o corpo pelo significante de ser presença de uma ausência, pois não há lugar para a divisão subjetiva. De modo que o Eu, nessas estruturas busca “ocupar dois lugares opostos ao mesmo tempo [...] O sujeito deve ser ele mesmo e ao mesmo tempo o objeto” (Godino, 1988, p.51).

Assim, chegamos ao que observam alguns psicanalistas que se debruçaram sobre o tema da transexualidade e como se deu a posição que tomaram quanto ao sexo. Safouan (1974), Frignet (2002), Millot (1983) e Westphal (2015) afirmam que em geral o que está em jogo quanto a estrutura clínica na transexualidade é a psicose. Todos recuperam o texto

de Stoller como recomenda Lacan na segunda lição do seminário 18 e de fato, apontam onde no texto do psicanalista americano a forclusão do Nome-do-pai passa despercebida.

Millot (1983) afirma que

A posição transexual, no homem, suporia assim dois momentos, à primeira vista fáceis de distinguir, pois o primeiro corresponde à posição feminina induzida pela carência do Nome-do-pai, e o segundo consiste em encontrar como limite, como suplência à função paterna, a feminidade sob a forma da Mulher impossível (pp.37-38).

Safouan (1974) retoma a análise apresentada por Stoller do caso de três crianças que segundo conta “*eran ya transexualistas probados*” (p.77) e de uma das mães dessas crianças. Observa nessa investigação a partir do texto de Stoller que as mães dessas crianças tinham alguns traços em comum. O primeiro, uma bissexualidade que lhes deixava de certa forma “sexualmente neutras” (p.80) com uma certa “*tonalidad depresiva*”. Eram femininas, mas afirmam que na infância “*tenían aspecto y maneras de niños; deseaban ser niños y no jugaban más que con ellos*”(p.80). O segundo traço comum era “*una profunda sensación de vacío y de incompletud (...) que va acompañada de la ausencia casi completa del deseo*” (p.81), pois “*terminaron por prescindir de él[deseo]*”(p.81, adendo nosso). Quanto aos pais, “*todos están casi completamente ausentes, físicamente ausentes de sus familias*” (p.82). De uma ausência que não era estática como nos pais divorciados, mas dinâmica. Nenhum era psicótico ou esquizóide, mas “*En las relaciones concretas que estos tres niños mantienen con sus padres(padres y madres) no hay estrictamente nada que esté encaminado a permitirles integrar en un orden simbólico la presencia muda y casi fantasmal de sus padres*” (p.83). De modo que não havia apoio significativo para essas crianças, em torno ao qual deveria produzir-se para cada um a assunção do próprio sexo (p.83). Com o que concordamos, ancorados em tudo que apresentamos até aqui. O sexo, a assunção do próprio sexo, depende para se dar em cada ser humano do apoio simbólico que encontra no significante. Isso não significa falar, mas estar submetido a essa ordem e, portanto, determinado pela palavra. O que Lauren Westphal apresenta quando afirma “É preciso que o humano faça um movimento de unir, associar o corpo ao significante” (2015, p.14). Como os transexuais afirmam que o corpo não é seu, que não lhes representa, segundo essa autora há uma “inadequação da realidade anatômica à realidade subjetiva, e

não o contrário. É então o corpo que deve se transformar para corrigir a experiência de estranheza” (p.14).

No texto de Frignet lemos que “o drama do transexual é confundir o órgão com o significante” (Lacan como citado por Frignet 2002, p.120) e de sua própria pena ele afirma “Por não poder resolver esse drama no significante, ele vai tentar eliminar o órgão: versão psíquica de uma evacuação do objeto que não pôde se fazer no início” (p.120).

Evacuação do objeto é esta que fizemos referência de início ao afirmar que consentindo com a representação, perdemos a coisa. E de fato perdemos ou vamos perdê-la. Para o transexual trata-se de perder em outro momento. Pois para uma identificação se dar, é preciso consentir com uma perda, nem que seja a perda de sentido. Aliás, a identidade não é algo que precisa antes de um sentido, mas que justo no caminho contrário, que faz um sentido e, portanto, abdica de outros.

Retomamos assim, o início dessa argumentação teórica para afirmar que “o ser humano contenta-se com palavras” (Safouan, 1979, p.56). Esta é a fonte de satisfação do humano, independente da sua estrutura. Mesmo fora da neurose, a criatura humana depende do lugar significativo que lhe cabe e se satisfaz aí, a questão é quão maleável, deslizável essa satisfação pode ser. “O sujeito encontra prazer nas representações porquanto encontra nelas os suportes de suas identificações” (Safouan, 1979, p.56). Assim, em todo caso, são as representações mentais, a realidade que só pode ser psíquica, a percepção determinada pela identidade perceptiva que dirão quem é cada um de nós. Como diz Safouan “A função de identificação é mais de dar direção, intentio, à nossa falta para ser. Mais exatamente, graças à identificação, o ser se instaura e se ordena como um dever-ser, um para-ser” (p.56).

3. SOBRE ESSA DEMANDA

3.1 ATENDIMENTOS NO CPATT

A fim de trabalhar essa pergunta sobre como receber esse pedido, situamos o contexto de onde partimos, que clínica é essa, que escuta e quais encaminhamentos podem ser ofertados?

Para dar corpo a um serviço que receba essa população no Paraná, foi criado em 2013 e efetivado a partir de 2014 o CPATT – Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais – serviço especializado (secundário) da SESA para o atendimento de travestis e transexuais que vai ao encontro do previsto na Portaria MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (que amplia a 457 de 2008). Essa portaria prevê a integração de ações e serviços para o atendimento ao processo transexualizador.

No atendimento ambulatorial – único existente no Paraná até o momento de início desse trabalho¹⁹ – temos apenas o acompanhamento psicológico, médico e da equipe de enfermagem.

A porta de entrada para o serviço é uma **triagem** feita pela psicologia na qual verificamos a demanda dirigida ao serviço e se podemos trabalhar com ela. Isso porque acontece de chegarem, por exemplo, pessoas homossexuais, sem nenhuma questão com o corpo ou com a identidade, são homens ou mulheres em paz com a atribuição de gênero que lhes foi atribuída ao nascer, mas que se dirigem afetivamente para pessoas do mesmo sexo. Esses não são nossos pacientes, a princípio. Ainda assim, escutamos a demanda e damos algum trato a ela, como um encaminhamento a outro serviço.

Após esse primeiro contato, caso o paciente fique conosco, temos um segundo momento de **avaliação** quanto à demanda trans, ou seja, quanto ao pedido de modificar o corpo para o outro sexo. Quando alguém chega querendo passar pelo processo transexualizador, nós escutamos com atenção esse pedido antes de qualquer providência. Verificamos que nesses primeiros contatos podem acontecer desistências e retificações da demanda inicial. Não que essa avaliação não permaneça constantemente, mas nesse momento de chegada tem especial relevância para a equipe.

¹⁹ Estamos, de certa forma, acompanhando o anúncio da criação do serviço hospitalar no Hospital de Clínicas da UFPR. A equipe vem sendo estruturada, contudo sem previsão para o início oficial dos atendimentos.

E por fim, há um terceiro momento de **acompanhamento** do processo transexualizador que deve durar, segundo a portaria que nos regulamenta, no mínimo dois anos. Apesar da legislação, nem sempre é assim e há pacientes que ficam mais e outros menos tempo que isso. Além disso, nenhum atendimento no CPATT é compulsório. Caso alguém não queira, não é obrigado a estar em acompanhamento psicológico, o que não é sem consequências. Quando alguém não aceita o acompanhamento, não tem acesso, por exemplo, aos pareceres da equipe para retificação do registro civil²⁰ ou para a etapa cirúrgica do processo.

Um momento não exclui o outro, eles se mesclam um tanto. Isso é o que acontece no dia a dia, mas como nos situamos nisso?

Estamos inseridos numa lógica institucional, e esta, submetida à ordem médica. A atuação esperada é de uma equipe de saúde que esteja a serviço dessa ordem e não necessariamente de um psicanalista. Uma equipe que venha dar suporte a decisão médica quanto a uma intervenção no corpo do paciente, se valendo dos termos de um discurso próprio dessa ordem e não necessariamente dos significantes de cada uma das pessoas escutadas, seguindo o padrão normativo que regula esses espaços. É importante fazer notar que quando nos referimos à ordem médica, não é a figura do médico que se trata, ela não está necessariamente encarnada na pessoa do médico, mas ao discurso no qual estão inseridas as instituições de saúde e, conseqüentemente, seus integrantes. Podemos situá-la como a lógica que rege esses espaços e nos convoca a juntar uma série de sinais de modo que eles possam significar isso ou aquilo. No trabalho com a população trans, observamos que na maioria das vezes as equipes estão na busca de “certos elementos legitimadores da transexualidade como digna de atenção médica” (Borba, 2014, p.20). Dirigindo ao profissional de saúde mental a tarefa de elaborar um diagnóstico preciso quanto à identidade de gênero dos pacientes a fim de distinguir quem poderá ser eleito para uma transformação completa, para uma cirurgia, aquele que se enquadre como “verdadeiro transexual”. O mesmo raciocínio opera por parte daqueles que buscam o serviço devendo

²⁰ Até início de 2018 era necessário um parecer psicológico ou psiquiátrico para solicitar judicialmente a retificação do registro civil. Contudo, em 01-03-2018 o STF decidiu por desjudicializar a questão autorizando transgêneros a se dirigirem diretamente ao cartório onde foram registrados e solicitar a retificação, sem a exigência de qualquer documentação comprobatória de sua condição trans além de sua autodeclaração. Em 26-03-2018 foi despachado aos cartórios as exigências para que se atenda ao pedido, não sendo mais necessário o parecer.

então, convencer a equipe de que satisfazem os critérios necessários para terem direito a uma cirurgia “reatualizando, portanto, os sistemas de conhecimento científico que os patologizam” (ibid).

Promovendo uma *dessubjetivação*, despersonalização, (Jorge como citado por Clavreul, 1983, p.12) de modo que a equipe toda pouco a pouco passa a não mais encontrar com o paciente, mas com um discurso próprio, abolindo tudo o que nele não possa se inscrever; e impedindo que o paciente possa de fato ser escutado a partir de seu saber sobre si mesmo. Pois o discurso médico, normativo, implica que ele tenha uma “sanção terapêutica” (Clavreul, p.36), mas para tanto, deve poder transformar os significantes do sujeito em signos, sinais médicos, perdendo o caráter de significante que representa um sujeito para outro significante (Clavreul, p.19).

Nesse discurso, cabe classificar a transexualidade como algo a ser tratado de um jeito específico, seguindo uma recomendação mundial de aceitação e despatologização, mas ainda o incluindo num manual classificatório. De forma que, antes mesmo de se receber o paciente, há um protocolo que diz o que fazer, a saber: promover uma transição o mais completa possível. Por isso a necessidade dessa equipe de se certificar se está diante de um verdadeiro transexual, se o sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico é mesmo tão intenso, se coincide com distúrbios delirantes ou não, se há ou não co-morbididades e havendo, se já foram tratadas, se já houve uma definição do CID. A pergunta nos manuais é literalmente por *co-morbididades* ou diagnósticos associados à disforia de gênero e por isso, mantemos esse significante, embora curiosamente remeta a uma morbidade própria da transexualidade, que o próprio manual pretende não patologizar. Esse é um paradoxo constante com o qual nos deparamos tanto ao nos referirmos à ordem médica quanto à militância e os movimentos sociais. O diagnóstico ainda existe para a medicina e para o transexual. Ele mesmo se autodiagnostica, inclusive, embora, não queira reconhecer em si algo que não goste. Para nós, do campo instituído por Freud, isso não passa do comum.

Essa é a lógica que irá embasar a prática da instituição de saúde de indicar e/ou prescrever uma intervenção no corpo do paciente ou não. Uma lógica que precisa existir, afinal, há que ter alguma.

Contudo, estar nesse contexto também submetido à ética da psicanálise faz uma diferença importante. Sendo necessário um outro critério para ocupar esse lugar, critério

que exige fazer alguma conciliação entre o que é dessa ordem médica e da psicologia sem abrir mão da psicanálise. Como?

2.2 A PSICANÁLISE E A OFERTA DE ESCUTA NESSE AMBIENTE

A psicanálise é, antes de qualquer coisa, uma ética e Freud a desenvolveu ao silenciar a razão médica em si mesmo, quando pôde calar seu saber e se deixar interrogar verdadeiramente por seus pacientes. Estes eram, em geral, pessoas que lhe procuravam como último recurso, quando todas as outras terapêuticas já haviam fracassado (Freud, 1912), e que na maior parte das vezes eram consideradas mentirosas e teatrais pela medicina (Jorge, 2017, p.314). Em sua prática médica, ao investigar problemas *ditos nervosos*, que a medicina não podia resolver, pois mostravam um sintoma no corpo que não fazia sentido naquele discurso, Freud ousou acreditar no que escutava, questionando o saber médico e assim, percebeu que não sabia o que lhes acontecia e por isso, pôde querer saber. Inclinando-se com uma curiosidade verdadeira sobre o que trazia seu paciente, seus sintomas, inibições e angústias, atento à fala de cada um, a cada significante e como se amarravam numa cadeia, enfim, demonstrando um interesse sério, Freud encontrou uma ligação entre o adoecimento do corpo e a história de quem padece, entre a função do corpo e o que cada um pensa e interpreta dessa função. Só pôde fazê-lo porque não retirou seu ser de sua prática, se deixando tomar pela questão que lhe fazia seu paciente. Uma questão que se fazia nele a partir do que lhe era apresentado na clínica e assim, se afastando mais um passo do discurso médico e da objetividade do cientista que primam “por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta”, anulando ambos “enquanto sujeito perante a exigência de objetividade científica”, pois “O médico só se autoriza por não ser ele próprio, por ser ele próprio o menos possível” (Jorge como citado por Clavreul, p.11).

Por isso somos questionados sobre a cientificidade da produção em psicanálise, e o somos diariamente. De fato, esse passo ético dado por Freud, de não ceder da sua pergunta sobre o que realmente acontecia na sua clínica, por não se prestar a calar o sujeito – nem no paciente, nem em si mesmo – pôs em marcha essa práxis que fez nascer esse novo discurso. Mas embora possamos dizer que a “psicanálise é filha da ciência” (Alberti e Elia, 2008, p.788) nascida de um modo de produção de conhecimento que segue os “parâmetros

metodológicos estabelecidos por Galileu e interpretados pela arquitetura discursiva de Descartes” (p.784). E que, portanto, deriva do método inaugural da ciência moderna, entendemos que toma o cógito “penso, logo sou” e o subverte. De tal maneira que em psicanálise afirmamos: penso, onde não sou e sou onde não penso. Assim, após seu nascimento, não permanece no campo da ciência, justo por buscar conceber na cena investigada a Outra cena, a do inconsciente, justo “aquilo que o discurso da ciência, por ser a-semântico, universal e contingente, introduziu, mas no mesmo golpe, expeliu de seu campo operacional: o sujeito (e não o homem). A psicanálise opera com o sujeito, o mesmo da ciência que, no entanto, sobre ele nada opera” (p.784). Freud deu essa virada na escuta clínica, com a ousadia de incluir o sujeito, e junto com ele, o sintoma, o erro, o engano.

Dessa forma, a psicanálise “não se restringe a estudar o pensável, o dizível e o conceituável” (p.788), como se propõe a ciência. Mais que isso, se propõe a saber em que medida participa do campo científico e em que medida está fora. Extrapolando o campo científico, pois “também se ocupa do impensável, do indizível e do impossível de conceituar” (p.790). Ao resgatar o sujeito como campo investigativo a psicanálise desconsidera “a dicotomia cartesiana entre substância pensante e substância extensa” (p.795), rearticulando-os a partir da noção de inconsciente e pulsão ou para usar termos lacanianos simbólico, real e imaginário. Um não vai sem o outro, eu e Outro, dentro e fora. Ao incluir o sujeito, trazendo para a clínica não apenas o doente, mas, consequentemente, fazendo a dicotomia com o homem são, faz existir no mesmo o são e o doente. Essa forma discursiva, “não visa evitar o erro e o engano e, sim, constituir-los como objeto” (Clavreul p.61), pois, o sintoma é via de cura, o mal-entendido nos indica o caminho. Assim, não busca “recolocar em linha reta, a da normalidade, o que a patologia constituiu como aberração” (Clavreul p.36), sendo a patologia em psicanálise bem-vinda, deve ser acolhida, posto que é seu material de trabalho.

Na audácia de dar voz a seus pacientes, fazê-los falar e realmente escutá-los, Freud percebeu que o paciente se coloca diante do clínico como se porta na vida e assim, decifrou uma lógica que antes não estava disponível, o discurso analítico. O paciente traz consigo “uma catexia que se acha pronta por antecipação” que irá dirigir “para a figura do médico”, incluindo-o “numa das ‘séries’ psíquicas que o paciente já formou” (Freud, 1912, p.112). Em sua articulação significativa, o paciente apresenta o que acontece na sua vida, vai

falando e lembrando do que o trouxe ali, daquilo que o faz sofrer, do modo como se enlaça ao Outro, vai revelando o seu “método específico próprio de conduzir-se na vida erótica” (p.111), como estabeleceu as condições para se enamorar, as pulsões que satisfaz e os objetivos que determina para si nessa vida erótica. Freud observou que esse método próprio é constantemente reimpresso na vida e, portanto, também na clínica (p.112).

Não temendo ser alvo dessa catexia pronta por antecipação ao contrário de seu antecessor, Breuer, Freud sustentou a transferência dando corpo ao intolerável da clínica que faz aparecer o que foi rechaçado, o que foi impossível de lidar pelo “eu infantil, imaturo”, como nos diz em *Análise terminável e interminável* (1937, p.243). E ao suportar essa transferência pôde operar com aquilo que tentamos esquecer manejando isso a favor da cura. Freud não estava inadvertido, sabia que ao lidar com as pulsões, pagava com seu corpo, como veio a formular mais tarde Lacan (1958), em seu texto *Direção da cura e os princípios de seu poder*: o analista paga com seu ser, mais precisamente “com palavras”, “com sua pessoa”, “com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo, para intervir numa ação que vai ao cerne do ser” (p.593). Ou nas palavras de Freud: “Ninguém que, como eu, evoca os mais malignos demônios que habitam o peito humano e procura combatê-los, pode esperar sair ileso da luta” (Freud, 1905, p.106).

Da mesma forma, aquele que se presta a trabalhar com a psicanálise, deve estar advertido da responsabilidade que assume consigo e com o outro ao encarar essa batalha e ciente de que “o instrumento anímico não é assim tão fácil de tocar” (Freud, 1905, p.248). Entrar nessa batalha não é qualquer coisa. Freud pondera inclusive que há riscos para o praticante, afinal, estamos lidando com as trevas. Ao orientar sobre quão delicada é a tarefa, se serve das palavras de Shakespeare, quando Hamlet ao ser interrogado convoca os enviados do rei a tocarem uma flauta. Ao escutar a recusa, o personagem responde:

Pois vede agora em que mísera coisa me transformais! Queres tocar-me; (...) quereis arrancar o cerne de meu mistério; pretendeis extrair-me sons, de minha nota mais grave até o topo de meu diapasão; e embora haja muita música, excelente voz neste pequenino instrumento, não podeis fazê-lo falar. Pelo sangue de Cristo, julgais que sou mais fácil de tocar do que uma flauta? Chamai-me do instrumento que quiserdes, pois se podeis desafinar-me, ainda assim não me podeis tocar” (Shakespeare como citado em Freud, 1905, p. 248).

Ao recorrer a esse trecho, Freud pontua com precisão que a clínica exige de quem a pratica destreza e desenvoltura adquiridos de um único modo, a saber, através da “análise dos próprios sonhos” (Freud, 1912, p.130), pois apenas tendo passado pela experiência de superar as resistências em si próprio, poderá o praticante se servir de seu inconsciente como instrumento de trabalho (Freud, 1912, p.129). Recomendação que reitera no fim de sua obra, em “Análise terminável e interminável” ao dizer que “o relacionamento analítico se baseia no amor à verdade – isto é, no reconhecimento da realidade – e que isso exclui qualquer tipo de impostura ou engano” e ainda que “as qualificações ideais de que necessitará” nessa profissão só se pode adquirir “na análise de si mesmo” (p.265).

Essa exigência, não é sem fundamento, pois o que acontece em uma análise não se dá em canto algum: “a análise produz um estado que nunca surge espontaneamente no ego [Eu] e esse estado [...] constitui a diferença essencial entre uma pessoa que foi analisada e outra que não foi” (Freud, 1937, p.242). De modo que para operar nesse campo, o analista não pode ser qualquer um, ele deve se formar em sua própria análise e desde sua posição subjetiva poderá vir a se autorizar analista da própria experiência, podendo, então, buscar operar desde o “novo discurso criado por Freud” (Alberti e Elia, 2008, p.799) como um objeto que pode vir a causar seu paciente “a querer saber do que vai mal” (p.799).

Sendo assim, a psicanálise não é a aplicação passiva de descobertas científicas de várias áreas, mas justo um deixar-se ensinar pela experiência mesma, pela experiência da análise. É por ter passado por isso e ter conquistado “uma convicção firme na existência do inconsciente” (Freud, 1937, p.265) que o praticante pode vir a causar naquele que escuta um interesse verdadeiro, genuíno por seus sintomas, buscando investigá-lo. Uma práxis exigente tanto com aquele que busca o tratamento, como com aquele que o oferece, convocando a se servirem do par associação livre e atenção flutuante. Este último que obriga o praticante a “colocar-se em posição de fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão” (Freud, 1912, p.129) pela associação livre.

Assim, ao receber um novo caso, qualquer que seja seu enunciado a princípio, ao analista não resta outra opção a não ser escutar com liberdade, sem procurar a transexualidade, a transgeneridade, a disforia ou qualquer outro sinal médico que possa

servir para enquadrar essa pessoa em uma classificação diagnóstica seja ela qual for. E isso é muito difícil. Principalmente quando o contexto no qual o profissional está inserido é completamente voltado para receber e tratar um diagnóstico médico específico, no qual se faz uma triagem a fim de selecionar que pacientes podem ou não ficar no serviço e quando se dirige ao profissional de saúde mental a cobrança da definição e estabelecimento do diagnóstico. De toda forma, em psicanálise, “tudo pode se constituir como sintoma, já que a psicopatologia da vida cotidiana deve incluir não somente os fracassos, os malogros identificados por Freud, mas do mesmo modo aquilo que é geralmente aceito, senão valorizado” (Clavreul, p.187). A baliza que dirige nossa escuta, portanto, não é a dos critérios elencados nos protocolos e portarias, que, aliás, convém conhecer.

Porém, nos mantendo dentro dessa ética da psicanálise, não podemos estar capturados “pela exigência institucional de confirmação de diagnósticos e nem pela indicação da cirurgia” (Arán, 2006, p.61). De modo que não são esses os critérios para localizar o sintoma com o que trabalhamos, pelo menos não de entrada, não antes de escutar o paciente. Sabendo que *tudo pode constituir um sintoma* então, com o que mesmo trabalhar? A nossa regra é a *regra fundamental*. Ela “constitui a medida em que se julga o discurso daquele que o pronuncia” (Clavreul, p.187). Por isso, quando recebemos alguém que vem pedir algo, lhe perguntamos o que sabe disso que o acomete? Ou nas palavras de Lacan, “Vamos lá, diga qualquer coisa, vai ser maravilhoso” (Lacan, 1969-70, p.54). A fim de provocar o paciente a falar para ter acesso ao inconsciente, que é justo “a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (Lacan, 1964, p.122). “Regra que o sujeito, em caso algum, pode seguir como lhe foi ditada, como ele quer ou acredita poder fazê-lo. É como falta a esta regra que se manifesta o sintoma” (Clavreul, p.187).

A contrapartida da regra é a atenção flutuante, que “consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ em face de tudo o que se escuta” (Freud, 1912, p.112), sem selecionar o material trazido, ou estaria fazendo o clínico mesmo a censura ou seleção que recusa ao paciente. Mais uma vez, a psicanálise vai na contramão do proposto em medicina, desta vez, sobre a observação do doente. Nas palavras de Clavreul:

A tomada da ‘observação’ do doente, que é a disciplina fundamental imposta ao estudante de medicina no leito do doente, aquela sobre a qual ele será julgado quando cursar suas ‘Clínicas’, é a colocação do discurso médico. Convirá que sua ‘observação’ (isto é, seu texto que consigna o que foi observado) recolha tudo o que é enunciável nos termos do discurso médico e também, bem entendido, que afaste tudo que não é enunciável nesse discurso. Sua habilidade para manter esse discurso será julgada tanto em função do que tenha afastado quanto do que tenha sabido reter (Clavreul, 1983, p.82).

No novo contexto criado por Freud, a doença, o sintoma, o paciente e o praticante têm um lugar distinto do qual ocupam na medicina. O sintoma tem importante valor e deve ser escutado em toda sua complexidade, pois, ao lado da fantasia, é a “solução inventada pelo sujeito para alojar sua singularidade no comum” (Sauret, 2005). Assim, não faz sentido pensar no sintoma como algo a ser prontamente suprimido, eliminado, anestesiado, mascarado. E as formas de apresentação subjetivas podem ser investigadas em toda sua riqueza simbólica, de construção significante, dentro de sua novela particular. O sintoma, nesse cenário, é precioso. Tanto para o paciente, quanto para o clínico. Precioso por carregar o modo de endereçamento ao Outro, por carregar o enigma do sujeito, sua forma de gozar, de satisfazer-se e de sofrer. Sendo assim tão valioso, ainda que faça sofrer, não pode ser prontamente excluído, anulado. Mas então, “O que é que pode, no final das contas, levar o paciente a recorrer ao analista para lhe pedir algo que ele chama saúde, quando seu sintoma – a teoria nos diz isto – é feito para lhe trazer certas satisfações?” (Lacan, 1964, p.131). E o que o mantém ali se, desde Freud, “verifica-se o paciente desejar, [...] o contrário do que veio propor com o fito primeiro de sua análise” ? (ibid, p.132).

Percebendo que o paciente pede o contrário do que deseja, e se satisfaz com aquilo que o faz sofrer, Freud pôde perceber o quão impossível era a tentativa de atender a demanda. Percebendo que o sujeito fala com o praticante, mas essa fala está dirigida a um Outro, como responder? Na esteira desse trabalho Lacan formula que a demanda não nos cabe nem atender, nem frustrar, mas cabe acolhê-la, interrogar em suas brechas visando reconhecer o que ela veicula. E o que ela veicula? Uma brecha, uma divisão, aquela a qual nos referíamos de início sobre o consentimento com a representação. Pois a demanda está ligada “a algo que está nas próprias premissas da linguagem, isto é, à existência de uma invocação, que ao mesmo tempo é princípio da presença e termo que permite repeli-la, jogo da presença e da ausência” (Lacan, 1957-58, p.342). A demanda remete ao “caráter

primordial da simbolização do objeto como objeto da invocação” (p.342). Remete pois, ao ambíguo da representação no que tem de mais fundamental, é uma presença que inclui nela mesma uma ausência e uma ausência que inclui a presença. Remete, por fim, ao sujeito fundado pelo significante e seu correlato, o desejo (p.195). E na ausência desse desejo há demanda? Sim, uma demanda que diz desse lugar excluído do desejo e busca restituir algo dele. Assim, nessa estrutura o sujeito “aferra-se à Demanda como quem se agarra a uma tábua de salvação” (Godino, 1988, p.120) buscando um lugar no discurso, que não seja mortificado numa fórmula que parece “Peço, logo existo” (p.120). Ou ainda, a demanda pode ser de “uma suspensão, uma anulação da experiência e do expediente da castração. É um pedido de supressão das diferenças” (p.131).

Contudo “toda Demanda é impossível” (p.131) e se não puder ser sustentada e remetida a um desejo será “um pedido infinitamente reformulado e infinitamente irresolvido” (p.131) independente da estrutura do sujeito.

Lembremos que a como nos diz Godino (1980) a “demanda se encontra na base da identificação” (p.52). O sujeito se constitui na e pela demanda, pois

o que se manifesta como necessidade tem de passar pela demanda, isto é endereçar-se ao Outro. Frente a isso, ocorre ou não ocorre um encontro que ocupa o lugar da mensagem, isto é, do que é expresso pelo Outro. Por fim, produz-se esse resquício da demanda que consiste na alteração do que se manifesta no estado ainda não informado pelo desejo do sujeito, e que se manifesta, em princípio, sob a forma da identificação do sujeito (Lacan, 1957-58, p.378).

Identificação ao falo, ao que corresponde ao desejo do Outro, como dissemos, ou àquilo “que tende a suturar a falta” (Godino, 1988, p.53) que na ausência do falo como representante do desejo, é algo fora do código, deve ser criado. Como, inclusive, propõe Freud que seja um trabalho da análise. Criação a partir dos fragmentos de história trazidos pelos pacientes, fragmentos estes que foram soterrados na destruição do complexo de Édipo ou do que pôde haver quanto a uma tentativa de narrativa da história familiar. Pois ainda que o psicótico não tenha ingressado no debate edípico, ainda assim, há uma tentativa de “construção fantástica da função parental no delírio” (p.53), mais precisamente “até no discurso dos loucos verdadeiros se delira sobre papai e mamãe” (Zopke como citado por Godino, p.53)

Ao recuperar esses destroços, pode-se delinear a posição à que responde seu sofrimento na vida, num trabalho que Freud (1937) compara em seu texto *Construções em análise* ao do arqueólogo que através da escavação identifica o material destruído e soterrado e com essas descobertas, pode fazer nova construção a partir

dos alicerces que permaneceram de pé [...] Assim também o analista procede quando extrai suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito em análise. Ambos possuem direito indiscutido a reconstruir por meio da suplementação e da combinação dos restos que sobreviveram (p.277).

O autor inclusive compara o trabalho feito na neurose e na psicose no que toca essa construção. Na primeira estrutura, surgem recordações tão vívidas que se assemelham a alucinações, mas que de fato são “algo que a criança viu ou ouviu numa época em que ainda mal podia falar e que agora força o seu caminho à consciência, provavelmente deformado e deslocado, devido à operação de forças que se opõem a esse retorno” (p.285). Na segunda, propõe que o delírio desempenha função análoga a do sonho, ao trazer à tona material que contem um “fragmento de verdade histórica” (p.285). De modo que sugere acolher o delírio a fim de produzir no paciente “uma convicção segura da verdade da construção, a qual alcança o mesmo resultado terapêutico que uma lembrança recapturada” (p.284). Assim

Abandonar-se-ia o vão esforço de convencer o paciente do erro de seu delírio e de sua contradição da realidade, e, pelo contrário, o reconhecimento de seu núcleo de verdade permitiria um campo comum sobre o qual o trabalho terapêutico poderia desenvolver-se. Esse trabalho consistiria em libertar o fragmento de verdade histórica de suas deformações e ligações com o dia presente real, e em conduzi-lo de volta para o ponto do passado a que pertence. A transposição de material do passado esquecido para o presente, ou para uma expectativa de futuro, é, na verdade, ocorrência habitual nos neuróticos, não menos do que nos psicóticos (p.286).

Pois os delírios são

os equivalentes das construções que erguemos no decurso de um tratamento analítico – tentativas de explicação e de cura. [...] Tal como nossa construção só é eficaz porque recupera um fragmento de experiência perdida, assim também o delírio deve seu poder convincente ao elemento de verdade histórica que ele insere no lugar da realidade rejeitada (p.286).

Vemos a dignidade que Freud dá ao trabalho com a palavra e no reconhecimento da realidade psíquica independentemente da submissão ao código e, portanto, da concordância ou não com o Outro.

Na busca de nos mantermos nessa ética, um dos pontos que Freud faz notar ao tratar do abandono da hipnose, é que o desejo, ou no mínimo a vontade, daquele que busca uma análise é algo muito importante para a psicanálise desde seus primórdios, como disse ele: “a hipnotizabilidade, por mais habilidoso que seja o médico, reside sabidamente no arbítrio do paciente” (Freud, 1904, p.237). Ou seja, desde o começo de seu trabalho, sabia que o tratamento está, em muito, a cargo de quem procura ajuda. Mais uma vez, em coerência com tudo que o fez recuar do poder médico, reconhece que está nas mãos do paciente uma parte importante do trabalho.

Dessa forma, o ponto de mira é tomar a demanda trazida pelo paciente, essa que ele articula do modo como pode, seja ela qual for e, quiçá transformá-la em questão para ele mesmo, uma verdadeira questão, algo sobre o qual ele possa se debruçar, interrogar-se e pôr-se a trabalho. Um trabalho analisante é a visada. Sabemos que nem sempre ele acontece. Mas é a sua direção ditada por essa ética de incluir no discurso o sujeito e não ter um saber pronto no qual enquadrá-lo. Neste trabalho, a aposta é de que possa surgir uma pergunta como *o que faz de mim isso que sou, o que me determina*, e ao buscar respondê-la vir a responsabilizar-se pelo trabalho de investigar-se a si mesmo. Essa é a proposta de um trabalho de análise e apenas de uma análise. Repetimos: a proposta não implica na sua realização e importa muito estar ciente disso. Não é sempre que se oferece uma escuta que alguém fala, não é sempre que ao se interrogar, a questão é tomada a sério e, certamente, sem sempre que se oferece a oportunidade de uma análise, um analisante nasce. Mas confiamos que a postura frente à demanda já pode promover efeitos. E essa é nossa baliza aqui, muito mais que nos perguntarmos se essa pessoa atende esse ou aquele critério X, Y ou Z.

2.3 A INSTITUIÇÃO, OS PROTOCOLOS E UM PSICANALISTA

O psicólogo clínico é um profissional de saúde mental e parte das suas obrigações é a emissão de alguns documentos²¹. Nesse contexto há uma exigência institucional de se faça um trabalho avaliativo, classificativo e a partir dele, de que se tome uma posição

²¹ Conforme Código de ética profissional do psicólogo artigo 1º, parágrafo f e Resolução do CFP 06/2019.

documentada. Amparando esse fazer há uma série de normativas que o orientam. De acordo com a resolução do CFM nº1955/2010 que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo, a equipe mínima composta por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social deve avaliar e estabelecer o diagnóstico de transexualismo de acordo com os seguintes critérios mínimos:

1) Desconforto com o sexo anatômico natural; 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4) Ausência de outros transtornos mentais. (Onde se lê “Ausência de outros transtornos mentais”, leia-se “Ausência de transtornos mentais”) (Resolução CFM nº 1955/2010).

A WPATH orienta que é importante diferenciar a variabilidade de gênero da disforia de gênero. Segundo esse protocolo, “A não-conformidade de gênero ou variabilidade de gênero refere-se ao grau em que a identidade, o papel ou a expressão de gênero difere das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo” (WPATH, 2012, p.5) enquanto que “A disforia de gênero refere-se ao desconforto ou mal-estar causado pela discrepância entre a identidade de gênero de uma pessoa e o sexo a ela atribuído no momento do nascimento (e o papel de gênero associado e/ou características sexuais primárias e secundárias)” (p.5). Esse protocolo também apresenta propostas de tratamento para a disforia, contudo, verificamos que pessoas com variabilidade de gênero, ou seja, pessoas que não necessariamente apresentam grande desconforto com seu corpo, também precisam ou querem esse tratamento. Por isso, a proposta de Rodrigo Borba (2014) de discutir como as pessoas trans (des)aprendem a ser nas suas trajetórias de socialização é tão coerente, pois elas então precisam demonstrar grande disforia para terem acesso ao tratamento.

De acordo ainda com a WPATH, os profissionais de saúde mental devem ter as seguintes competências:

1. Mestrado ou equivalente em um campo clínico das ciências do comportamento. Esse grau, ou um mais avançado, deve ser concedido por uma instituição credenciada. O/a profissional de saúde mental deve dispor das credenciais documentados concedidas pelas agências de certificação do país.
2. Habilidade no uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e/ou da Classificação Internacional de Doenças (CID) para fins de diagnóstico. 25 Normas de atenção 7ª versão Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero
3. Capacidade para reconhecer e

diagnosticar problemas de saúde mental coexistentes e para diferenciá-los da disforia de gênero. 4. Treinamento supervisionado documentado e habilidade em psicoterapia ou aconselhamento. 5. Conhecimento sobre identidades e expressões de variabilidade de gênero, e avaliação e tratamento da disforia de gênero. 6. Educação contínua na avaliação e tratamento da disforia de gênero. Isso pode incluir a participação em reuniões, oficinas ou seminários profissionais relevantes; a supervisão de um/a profissional de saúde mental com experiência; ou a participação em pesquisas relacionadas com a variabilidade de gênero e a disforia de gênero (WPATH, 2012, p.24).

Essas competências serviriam para que bem cumprissem suas tarefas de “1. avaliar a disforia de gênero”, “2. fornecer informação sobre as opções de identidade e expressão de gênero e as possíveis intervenções médicas”, “3. avaliar, diagnosticar e discutir as opções de tratamento para problemas de saúde mental coexistentes”, 4. “se for o caso, avaliar elegibilidade, preparar e encaminhar a terapia hormonal”, 5. “se for o caso, avaliar a elegibilidade, preparar e encaminhar para a cirurgia”. (p.26-29). Além disso, também é tarefa do profissional de saúde mental: “1. Educar e promover os interesses das pessoas usuárias do serviço dentro da sua comunidade (escolas, locais de trabalho, outras organizações) e ajudar com as modificações dos documentos de identidade” e “2. Proporcionar informação e encaminhar para apoio de pares” (p.35).

Cada um desses itens é muito bem detalhado e inclusive, recomenda que se observe “se a pessoa tomou uma decisão *plenamente* informada com expectativas claras e *realistas*” (p.29) e ainda que sejam preparadas a “nível psicológico” e a “nível prático”.

Ainda segundo essa associação, todas as intervenções devem começar acompanhadas de um documento elaborado pelo profissional de saúde mental indicando esse tratamento e seguindo alguns critérios. Para terapia hormonal seriam:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir para o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país (se é menor de idade, seguir as NDA descritas na seção VI);
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, eles devem estar razoavelmente bem controlados (p.38).

São critérios para cirurgias de mamas (implantes ou mastectomia/mamoplastia masculinizadoras):

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país;
- 4.

Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados (p.66).

As cirurgias genitais seguem as exigências citadas acima e ainda um quinto critério:

“12 meses contínuos de terapia hormonal adequada aos objetivos de gênero da pessoa usuária do serviço (a menos que tenha uma contra-indicação médica ou não possa ou não queira tomar hormônios)” (p.67).

E por fim, as cirurgias de redesignação sexual: metoidioplastia, faloplastia ou vaginoplastia têm como critérios todos os citados acima além do sexto, citado abaixo:

“12 meses vivendo continuamente em um papel de gênero de acordo com a identidade de gênero da pessoa” (p.68).

Os protocolos geralmente fazem ressalvas quanto ao diagnóstico de transtornos psiquiátricos graves, e sugerem que a “cirurgia não deve ser feita *enquanto* a pessoa usuária do serviço esteja *ativamente psicótica*” (p.69, grifo nosso).

Considerando todas essas recomendações e tudo o que dissemos até aqui quanto a nossa prática e, portanto, nossa ética, entendemos que não é possível a alguém que se submeta a psicanálise, que se preste a operar com ela, servindo-se de seu inconsciente, que simplesmente aplique essa normativa em sua clínica. Não se é desde a posição analisante que sustentamos um trabalho. Essa ética nos adverte da impossibilidade de responder se estamos diante de um verdadeiro transexual, ou se há disforia de gênero associada a uma variabilidade de gênero verdadeira ou se há um pedido verdadeiro de qualquer coisa, pois haveria que poder responder primeiro que coisa é essa: o verdadeiro – E o que seria isso mesmo? O psicanalista sabe que é impossível impor um critério de verdade exterior ao sujeito; ao mesmo tempo, sabe o quanto a verdade não é transparente para o próprio sujeito, somente se apresentando a ele de forma parcial. Pois,

nenhuma evocação da verdade pode ser feita se não for para indicar que ela só é acessível por um semi-dizer, que ela não pode ser inteiramente dita porque, para além de sua metade, não há nada a dizer. Tudo o que se pode dizer é isto (Lacan, 1969-70, p.53).

Advertidos desse caráter parcial de tudo que se possa conhecer, aceitamos com cautela esse lugar institucional. Uma cautela que remete ao conceito de extimidade proposto por Lacan (1959-69) no seminário sobre a *Ética da psicanálise*, porquanto ao passo que faz parte da equipe de saúde, tem um compromisso ético com o sujeito e este está

alhures. E não sendo parte dessa equipe ainda assim, toma-a como interlocutor e como parte importante do trabalho. Nas palavras de Lacan: “Trata-se desse interior excluído que, para retomarmos os próprios termos do ‘*Entwurf*’, é, deste modo, excluído no interior” (p.125). Ao tomar a trabalho o termo “‘*Ding*’ como ‘*Fremde*’” (p.67), nos remete ao já formulado sobre o termo *Heimlich*, como sendo um estranho e familiar, o mais íntimo e também excluído. Posição delicada que, no entanto, convoca a uma atuação descolada daquilo que se espera dela, e vida evitar o efeito de homogeneidade e redução do pensamento crítico próprio do grupo estando, assim, em constante questionamento quanto ao seu dever ético. Afinal, a psicanálise é uma práxis e não se presta a ser instrumento de leitura do mundo, como poderia facilmente ser convocada nesse contexto. Não estamos aqui, no contexto da saúde pública, para explicar os fenômenos trans e seu lugar no mundo, isso deixamos às ciências sociais que bem o fazem. Estamos aqui em função da queixa do paciente, visto que “*sofrer demais* é a única justificativa de nossa intervenção” (Lacan, 1964, p.158). Assim, estamos aqui para intervir desde a verdade do sujeito naquilo que ele diz ser seu sofrimento de modo levá-lo a responder por si mesmo.

Porém, como previne Clavreul, ao psicanalista é solicitado “trazer uma técnica complementar”, a “colocar um pouco de ordem no famoso e esfumaçado ‘fator psíquico’ o qual, como se sabe, não é de modo algum negligenciável nas doenças repertoriadas pela medicina” (Clavreul, p.33). Convite esse problemático, pois como se colocar entre o paciente e o acesso a suposta solução de seus problemas? Principalmente agora numa “segunda modernidade” quando se promete que a solução existe, pois “domina a tecnociência, uma ciência que diz poder fabricar o objeto que falta para cada um” (Sauret, 2005).

Tendo, pois, a clareza de que a transexualidade, assim como qualquer outro fenômeno exige uma escuta cuidadosa, e, portanto, não está de antemão fixada a uma posição subjetiva, qualquer resposta pronta a esse fenômeno será de partida uma tentativa fracassada de responder à pergunta sobre o próprio fenômeno. Ao psicanalista não cabe buscar

preencher com seu saber as ignorâncias da medicina, como se elas fossem fortuitas. Pois não são ignorâncias, mas desconhecimentos, isto é, elas são sistemáticas e estruturantes para a construção do discurso médico. São, portanto, obstáculos epistemológicos que marcam os limites do saber e do poder médico, como marcam alhures os limites do discurso psicanalítico (Clavreul p.34).

Assim, precisamos ter claro qual o fazer próprio da psicanálise e que clínica podemos construir aqui, nessa intersecção com uma equipe de saúde que se ocupa de pessoas trans. Os vários autores que abordam esse contexto (Frignet, Millot, Westphal, Arán) e mesmo aqueles fora da psicanálise criticam que a única possibilidade de tratamento seja com mudanças físicas através de tratamentos hormono-cirúrgicos. No CPATT temos essa possibilidade de interrogar e junto com o paciente construir outras saídas, embora, reconheçamos que haja uma pressão, uma cobrança de que mudanças aconteçam, que a transição seja visível. De modo que resta também poder lidar com isso.

Segundo Sauret, “a psicanálise é a experiência de uma perseverança graças à qual o sujeito se extrai da hipnose insabida, que o paralisava nos bons momentos e no sofrimento” (2005).

Retomamos então as características dessa clínica que temos construído:

- Fazemos um trabalho com uma população que nos traz inicialmente um pedido comum: desconforto com o corpo e com o sexo que levam a querer uma transição de gênero;
- Estamos junto a uma equipe de saúde que nos exige elaborar alguns documentos;
- Estamos submetidos à ética da psicanálise;
- Propomos um trabalho com o inconsciente, visando interrogar o que nos é solicitado e quiçá, transformá-lo numa demanda de trabalho;
- Trabalhamos com o significante que representa um sujeito para outro significante. Ou seja, lidamos com a palavra e com o sujeito.

Essas são nossas balizas. Buscamos seguir o método analítico de Freud. Não podemos emitir laudos dizendo se fulano tem CID F64.0 ou não. Seria incoerente. De maneira que, apesar de reconhecer que a “medicina teve, e tem sempre de constituir os semblantes com os quais ela funciona” (Clavreul, p.85), não nos apoiamos neles. Buscamos reconhecer que, conforme solicitam as militâncias e as críticas ao modelo normativo, podemos nos ancorar em outro discurso. Principalmente porque o parâmetro ideológico de normalidade varia e por mais que a cada vez se apresente de uma forma, a lógica classificatória permanece. Como pontua Yalom:

É necessário lembrar que os clínicos envolvidos na formulação dos sistemas diagnósticos anteriores, agora descartados, eram competentes, orgulhosos e tão confiantes quanto os atuais membros dos comitês DSM. Sem dúvida, chegará o tempo em que o formato de cardápio de restaurante chinês do DSM-IV parecerá risível para os profissionais de saúde mental” (2006, p.24).

E assim será com o DSM-V e com o CID10 e 11.

O diagnóstico é ponto sensível que aparece toda vez que um psicanalista se propõe a falar da transexualidade, justamente pelo fato de a psicanálise trabalhar também com um tipo de diagnóstico, o que leva alguns a acusarem-na de colaborar com a estigmatização ou a patologização daqueles pacientes. Por isso é preciso deixar claro que nossa disciplina não trabalha com a noção de *normalidade*; ora, se não existe um sujeito normal, evidentemente não poderia existir os que desviam da norma.

Nisso incorporamos os ensinamentos preciosos de Canguilhem (1943/2009), que em seu livro *O normal e o patológico* critica a noção de normalidade como sendo pré-científica e carregada de conotações morais. O próprio “termo normatização já introduz, por si só, um mundo de categorias bem estranho ao ponto de partida da análise” (Lacan, 1956, p. 16). Além disso, em nossa práxis a patologia não é restrita a alguns, podemos ter *todos* um diagnóstico que não se articula com uma descrição dos códigos de doenças e/ou manuais classificatórios, são diagnósticos estruturais como dissemos acima. E mais, que devem ser feitos exclusivamente em transferência, com bases na escuta do lugar fantasmático que este paciente ocupa e em qual lugar coloca o outro.

Pontuamos, além disso, que sim, a psicanálise é binária. Crítica muito comum que dirigem à nossa disciplina. Portanto, convém esclarecer que o binarismo não porque propõe como regra a partilha dos sexos em homem e mulher, de masculino e feminino, yin e yang, partes que supostamente se complementam e que produziriam uma norma única a ser seguida. Inclusive dissemos com Freud que não. De forma alguma. A psicanálise é binária porque trabalha com presença e ausência, numa estrutura de linguagem. É binária como também é a linguagem de máquina com que operam todos os computadores e celulares – 0 e 1. Não há qualquer oposição quanto ao funcionamento das máquinas por binárias. E não precisamos na psicanálise desse preconceito também. Nessa linguagem, se opera com a possibilidade da falta, do não todo, com a diferença.

Por que então Freud e Lacan utilizam termos do campo da psicopatologia? Patologia aqui expressa o fato de que todos nós experimentamos dificuldades em nossa relação com a sexualidade e a morte. Não há um método correto ou adequado para lidar com isso que há de mais real na condição humana – caso houvesse, aí sim a noção de normalidade poderia encontrar alguma justificativa plausível. “Para Freud, a patologia é um

sintoma que denuncia a verdade da constituição psíquica, ou seja, denuncia o estofo do qual é feito o psiquismo humano e sua grande complexidade” (Alberti, 2005, p. 347). Deve-se dar à patologia aqui sua dignidade, pois, se não há o caminho reto, há, contudo, vários caminhos alternativos, estratégias distintas de defesa contra o real. As estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão – designam lógicas de funcionamento distintas, que expressam diferentes formas de lidar com este real. O desconforto pelo fato de termos um corpo é uma das formas de emergência do real, que surge como tema central na clínica trans.

Não foi por acaso que usamos nesse trabalho a expressão fenômeno *trans*. A ideia é que tal fenômeno poderia estar presente nas três estruturas, evidentemente com funções e sentidos totalmente distintos em cada uma. Tomando como ponto de partida o fato de que o desconforto do sujeito com o próprio corpo sexuado é algo que se impõe a qualquer sujeito, são nítidas as diferenças no modo de tratar a questão dentro da lógica de cada estrutura. Um neurótico, em geral, nunca se sente garantido em sua identidade de homem ou mulher, a tal ponto de se atormentar intimamente por não possuir uma carga suficiente de virilidade ou feminilidade. Afinal seu ser responde a uma representação do que supôs ser o significado do desejo materno, não é possível que não esteja referido em si mesmo a uma falta quanto a isso. O neurótico pode acreditar no seu pertencimento a um determinado gênero, o que não o impede de colocar em dúvida e questionar diretamente o fundamento de sua identificação ao sexo. Na perversão, há um modo habilidoso de desconhecer a falta de ancoragem de sua identificação sexuada: são sujeitos que constantemente se esforçam por se apresentar aos outros como mestres da satisfação, de tal forma que a falta de fundamento aparece sempre deslocada para fora de si mesmo. Entretanto, estão demasiadamente presos a uma única forma de satisfação pré-fixada, e na impossibilidade de deslizá-la podem se por a grandes sofrimentos. Já para um psicótico, uma forma possível de emergir a questão quanto à sua identidade sexuada seria uma certeza sem equívoco que recusa sua inscrição no campo do Outro, ou uma impossibilidade de fazer corresponder uma representação de si a seu corpo, sendo este último sempre estranho a si mesmo.

Lacan (1971), no *Seminário 18*, ao se referir a Robert Stoller (1968) em seu livro *Sex and gender*, afirma que nunca teria chegado aos ouvidos deste a forclusão lacaniana. Em função dessa frase, a transexualidade vem, desde então, sendo associada à psicose.

Contudo, se insistirmos nesse passo, e antes de uma escuta falarmos de um diagnóstico estrutural, estamos fora da psicanálise e sua ética.

Se a psicanálise trabalha com o diagnóstico, não é com o intuito de rotular, estigmatizar ou segregar o paciente. O diagnóstico estrutural só se faz em transferência e tem por função orientar o analista na direção do trabalho analítico, já que existem intervenções que são possíveis em uma estrutura, mas seriam inúteis ou prejudiciais em outras.

E assim, advertidos de toda essa problemática a cerca de nossa prática na instituição, recebemos nossos pacientes e fazemos um juízo. Aqui precisamos novamente nos certificar do terreno livre de preconceitos. O juízo que fazemos não é moral, baseado numa norma já posta. Um juízo que só pode ser ético. Quanto ao que podemos escutar daquele que nos fala. Um juízo sobre o que escutamos do pedido endereçado à instituição, ao dito profissional de saúde mental. O pedido por *parte do paciente*, costuma ser ‘me dê a transformação’, ‘o acesso ao que eu quero’, enfim, ‘me dê’, ‘me faça ser’, ‘me reconheça’. *Do lado da instituição* é ‘me dê segurança’, ‘nos assegure de um diagnóstico’ e ‘um prognóstico preciso, sem erro’.

Frisamos a importância de um trabalho com a palavra deste que chega “desde que ele quer fazer crer e exige reconhecimento” (Lacan, 1953-54, p.273), já que “A palavra é essencialmente o meio de ser reconhecido” (p.273), de se presentificar no discurso. A demanda é um pedido de reconhecimento. “Esse pedido de reconhecimento, é o pedido de que não exista a perda de objeto” (Godino, 1988, p.62) De que se restaure a possibilidade de ilusão que se quebra e se renova a cada pedido.

Entretanto, quanto ao pedido, tudo que podemos, insisto, é ofertar uma escuta acolhê-lo, e, na melhor das hipóteses, fazê-lo derivar o pedido de ‘me dê’ para ‘vir a fazer um laço de trabalho’, dos dois lados, tanto da instituição e nosso, consequentemente, quando do lado do paciente.

Rodrigo Borba (2014), em sua tese, faz uma crítica ao estabelecimento da exigência de dois anos de acompanhamento do paciente para a emissão do juízo quanto às cirurgias. Segundo sua avaliação, é uma determinação arbitrária e afirma que tal exigência serve para "dar garantias ao profissional de saúde" de que o usuário “consegue satisfazer as prerrogativas sociais de cada gênero” (p.43).

Concordamos com uma certa arbitrariedade do tempo, afinal porque mesmo dois anos e não 18 meses ou 28 meses? Contudo, criticamos a ideia de que isso sirva para dar alguma garantia ao profissional de qualquer coisa. Afinal, como ter essa garantia? Não temos estabelecido nos protocolos nem qual a frequência deste acompanhamento, nem mesmo em que modalidade de encontros. Deveria esse acompanhamento ser individual ou em grupo? Com qual frequência? Semanal, mensal, bimestral, semestral? Não há qualquer regulamentação disso. Mas há uma pressão social para que sejamos sempre muito rentáveis. Nesse formato, dizer apenas que serão dois anos sem outra especificação não parece mesmo ser um critério garantidor de coisa alguma, mas foi preciso estabelecer algum.

Continuando a frase de Borba, também nos parece impossível garantir que o usuário satisfaça as prerrogativas sociais de cada gênero. O que mesmo é isso? Será que a pergunta é quanto a suportes imaginários apenas? Onde poderia uma equipe de saúde se ancorar para dizer o que é a prerrogativa social de ser mulher ou de ser homem? Onde ancorar essa resposta? Até onde entendemos, elas não estão dadas de antemão, como vimos acima a partir de Freud. “Nada nos permite abstrair essas definições do homem e da mulher da experiência falante completa, inclusive nas instituições em que elas se expressam, a saber, no casamento” (Lacan, 1971, p.30). É justo aí que se apoia nosso questionamento. Pois quando alguém diz, “sempre fui feminina” podemos querer saber o que é isso para aquele sujeito. Uns respondem afirmando que “sempre gostaram de cozinhar e cuidar da casa”, com o que podemos nos espantar, afinal quem disse que isso é feminino? Jamie Oliver é um grande cozinheiro! Alguém questiona se é homem? E aquela cozinha está sempre tão arrumada! Outros, muito masculinos, também cuidam da casa, e ainda dizem: “minha mulher é bagunceira, homem é mais organizado e metódico”. O que pode ser um espanto novamente. Afinal, onde isso está ancorado? No Édipo, como já dissemos, ou seja, na história e na novela familiar de cada um, no como cada um interpretou o mundo a seu modo, único e exclusivo. A cultura nos dá certos parâmetros, mas ainda assim, não garantem a interpretação singular de cada pessoa.

Sinalizamos, então, que podemos nos servir desses dois anos, em nossa prática clínica para num trabalho com a demanda apresentada, extrair junto com o paciente, como se deu sua escrita inconsciente, aquilo que o situa na trama de sua vida. Interrogando como foi a construção daquele corpo, em que medida o reconhece ou o rechaça. Como foi a

edificação daquela identidade, com suas peculiaridades, preferências, gostos e desgostos. E de onde saiu aquele nome? Afinal, é muito diferente ter um nome desde o nascimento, a partir do qual fez seu acesso ao mundo das palavras, e com esse nome se identificar, nem que pra dizer que é feio, mas é seu, o nomeia; e ter um nome escolhido depois, uma nomeação que não veio do outro, nem necessariamente do Outro; teria vindo de onde?

Pela experiência no CPATT verifica-se que esse tempo não precisa ser de dois anos. Afinal, como saber antes se serão? Esse acompanhamento nunca é obrigatório, compulsório, sequer teríamos como obrigar alguém a vir e se vier, a estar ali verdadeiramente. Mas enquanto estiver ali, num trabalho de escutar e escutar-se, que não seja para cumprir um protocolo.

E isso é o máximo que podemos frente à demanda. Não podemos atendê-la, não podemos sustá-la, ou impedi-la. No final das contas, quem faz o trabalho de prescrever hormônios é o médico, quem opera é o médico, e quem, de fato, se submete a isso, decide por tomar ou não as drogas, a se operar ou não, é o próprio paciente. Mesmo sem o aval de uma equipe, e sabemos disso há tempos. Quantos de nossos pacientes não já se hormonizavam antes de chegarem? Muitos! Quantos não se injetaram silicone industrial e se submeteram a várias cirurgias sem qualquer parecer? Muitos também. Alguns já usam *binders*²² e *packers*²³. Assim, não nos cabe coisa alguma frente a essa demanda, senão acolhê-la e trabalhar com ela.

Quanto à elaboração dos documentos, temos esse tempo para conhecer essa demanda e fazer um juízo. Um julgamento que não é moral, nem classificatório e que deve, portanto, estar calcado em outro lugar que não os manuais de classificação das doenças, mas nessa ética de que falamos. Uma ética que levará em conta o que foi escutado, como esses significantes de concatenam e o que essas palavras dizem daquele que as profere. Seremos, portanto, caixa de ressonância daquilo que escutamos.

Caso nosso paciente não fique dois anos, temos um impedimento, no mínimo, burocrático que não nos permite a entrega do parecer. Caso o paciente venha e não se

²² *Binders* são compressores de mamas usados por homens e meninos trans a fim de tentar esconder as mamas.

²³ *Packers* são próteses penianas. Inicialmente havia modelos que substituíam o pênis apenas fazendo volume na cueca, ou fazendo volume e permitindo urinar de pé. Hoje é bem comum que sejam ao menos 3 em um, permitindo, além das funções iniciais, ser usado no sexo, com o auxílio de uma haste interna. Muitos também têm estimuladores do clitóris daquele o usa e, portanto, funcionam ainda como estimuladores da região a fim de dar prazer durante o sexo ou masturbação.

construa um laço de trabalho, também não é possível a elaboração de um parecer, afinal, nos basearíamos no quê?

De acordo com a Resolução CFP nº 06/2019 que institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, poderíamos entregar um laudo ao paciente. Como

resultado de um processo de avaliação psicológica, com finalidade de subsidiar decisões relacionadas ao contexto em que surgiu a demanda. Apresenta informações técnicas e científicas dos fenômenos psicológicos, considerando os condicionantes históricos e sociais da pessoa, grupo ou instituição atendida. (CFP, 2019, art.13).

Entretanto, de acordo a normativa anterior que respaldava esse assunto, elaborávamos um parecer. Independente do nome que tenha esse documento, entendemos que o parecer ou o laudo, para além de uma manifestação especializada sobre um assunto, é também a confirmação de que determinada coisa tem o aspecto disso ou daquilo, pode ser confirmada ou não. Para emitir um juízo sobre algo, é preciso ter onde fundamentar esse juízo. E, não serão os manuais ou livros que fundamentarão um pedido de intervenção no corpo de alguém, mas a escuta de sua própria história.

Nesses acompanhamentos verificamos dentre outras coisas, a possibilidade de construção de laço do usuário com o serviço, com o profissional que o acompanha e a possibilidade de transmitir sua intenção com relação ao tratamento.

Alguns pontos são investigados nesse período:

1- a capacidade de decidir sobre a própria vida e geri-la;

2- a clareza quanto ao pedido que faz. Afinal de contas a demanda de transformação é uma demanda à equipe, ao social, à medicina, enfim, ao Outro. Uma demanda de transformação e de reconhecimento. Como o paciente consegue transmitir algo da sua necessidade a esse Outro? E pode reconhecer-se nisso?

3- o modo de relação ao corpo, ao seu órgão genital, e a seus caracteres sexuais secundários. Se de horror, prazer, indiferença, cuidado ou não.

4- sua relação à transição. Se o processo é estabilizador ou não, se traz consigo alguma organização psíquica ou não.

Esses critérios nos ajudam a respaldar o trabalho com o pedido por transformação, por retificação, a demanda seja lá como se apresente, “estatui um lugar para o sujeito”

(Godino, 1988, p.63) Um lugar no qual, em verdade, se oferece como objeto (p.63) E é isso o que nos impede de qualquer outra coisa além de acolher a demanda. Entendemos que esse pedido de ser transformado, de que se conserte seu ser, de ser reconhecido pelo outro do modo como gostaria e não como vem sendo reconhecido, nos remete àquilo que é mais próprio ao humano – um endereçamento ao Outro na tentativa de saber de si, uma solicitação de que o Outro faça com que o Eu seja, muitas vezes até de que exista um eu. Nesse endereçamento, o Eu se coloca nas mãos do Outro, entrega a ele a responsabilidade por dizer / fazer seu ser existir. Isso é se fazer objeto para o Outro, com o que um analista não colabora.

Como diz Marie-Jean Sauret, há no humano um duplo nascimento: “tanto como organismo biológico, quanto como falante, como sujeito (...) Assim que ele encontra a Linguagem, esta lhe impõe perguntar-se o que é ele, sujeito” (Sauret, 2005). Dissemos que é no enlace ao Outro que se constrói o psiquismo, ao situá-lo no mundo desde a sua história, sua novela familiar e do lugar que assume nesse contexto.

Contudo, no fenômeno trans, esse lugar não é ocupado assim como designado pelo Outro, há uma discrepância entre a proposição de um lugar e o que de fato se dá na vida de cada pessoa trans. Temos, então, um segundo endereçamento ao Outro no qual verificamos essa diferença importante entre ocupar um lugar que lhe foi destinado e não ocupar. Pois, como já dissemos, alguém ser nomeado, consentir com essa nomeação, ainda que seja enigmática, ainda que a questionando, não é o mesmo que negar o que veio do Outro. Há uma diferença estrutural importante.

Percebemos aqui, no pedido de transformação, que pode haver, pode se constituir um movimento em direção ao Outro e que um arranjo se faça organizando o Eu. Ainda que para negar o que foi feito até ali – eu não sou isso que o Outro diz que eu sou, não me reconheço nisso e quero, exijo que o Outro me reconheça de um novo modo, me dê outro modo de estar no mundo, que mude este corpo que não condiz com minha identidade. Nesse pedido, há de alguma forma, uma reafirmação da crença no Outro, nos abrindo uma possível brecha para investigar se nesse retorno volta a negá-lo, ou se há alguma chance de consentir com algo do Outro.

Qualquer resposta a essa demanda é delicada, não apenas para o clínico, mas principalmente para o sujeito, pois em qualquer saída, se encontra com a falta. Com a

parcialidade da satisfação, da representação, de ser. Em nenhuma saída encontrará uma solução que concretize um ser sem falha. Lacan nos assinala que

na incerteza do psicótico quanto ao seu próprio sexo, o ponto sensível em que deve incidir a intervenção do psicanalista, contrastando os felizes efeitos dessa intervenção com o efeito catastrófico, de fato constantemente observado nos psicóticos, de qualquer sugestão no sentido do reconhecimento de uma homossexualidade latente. Ora, a incerteza a respeito do próprio sexo é justamente um traço banal na histeria (Lacan, 1958b, p.552)

Dessa forma percebemos a necessária precisão estrutural a fim de bem dirigir o trabalho analítico. Um diagnóstico que não tem utilidade alguma para o paciente, ele não precisa dessa informação, aliás, ninguém mais precisa além de quem conduz o trabalho. Para tanto, é necessário estar bem afinado em seu inconsciente a fim de captar o que diz o inconsciente daquele que pede, resta lembrar que “o inconsciente preocupa-se mais com o significante que com o significado” (p.576).

O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica; em sua natureza mais íntima, ele nos é tão desconhecido quanto a realidade do mundo externo, e é tão incompletamente apresentado pelos dados da consciência quanto o é o mundo externo pelas comunicações de nossos órgãos sensoriais (Freud, 1900, p.637).

Lembremos que em função do significante, se constrói, “um aparelho psíquico que se estende no espaço” (Freud, 1940, p.210), um aparelho que se esparrama e uma realidade psíquica que se impõe ao mundo externo. Portanto, “A realidade sempre permanecerá incognoscível” (p.210). O corpo de qualquer forma, exige uma satisfação, ele “não deixa esquecer que é antes de mais nada o lugar do gozo” e seu saber sobre “os caminhos do gozo não é um saber menos imperativo que o do discurso médico. Ele constitui seu intransponível limite. Ele se afirma até à morte e à loucura, contra uma segurança que nos é imposta à força (...) esse lugar-comum do bom-senso” (Clavreul, p.37). Assim sendo, ao nos debruçarmos sobre uma clínica que pede uma intervenção concreta no corpo devido a uma representação psíquica que diverge do encontrado na materialidade do que é representado, devemos estar muito bem situados quanto a esse pedido para “seguir de perto ou preceder de pouco” (Lefort, 1984, p. 26).

Por isso, retomamos, o sintoma é precioso, *diz* do lugar que ocupa aquele ser humano. Foi uma saída singular encontrada por cada um de nós. Chamamos aqui de

sintoma, não apenas em seu conceito formulado por Freud na conferência XXIII, uma *solução de compromisso* entre o recalcado e a exigência de satisfação pulsional (Freud, 1916), principalmente por estarmos advertidos da ligação entre esse conceito e as estruturas clínicas, em função do recalque, de modo que não podemos, a rigor, falar de sintoma em outra estrutura que não na neurose. Apesar disso, usamos o termo quase como no senso comum para dizer do que se queixa aquele que nos procura. Usamos essa estratégia por acreditar que aí, nessa queixa, mesmo vinda de outras estruturas clínicas, podemos encontrar uma semelhança com o sintoma que é essa notícia da falta. Afinal, alguém reclama porque algo falta, não vai bem. Aí também encontramos algo desse valioso do sintoma quanto à ausência do objeto numa busca por inscrição. Um objeto que não está, nem nunca esteve e que, portanto, nunca poderia ser restituído. Pois, “toda maneira, para o homem, de encontrar o objeto é, e não passa disso, a continuação de uma tendência onde se trata de um objeto perdido, de um objeto a se reencontrar” (Lacan, 1956, p.13).

Pois bem, “o fim terapêutico é a adaptação do sujeito a normas sociais” (Calazans e Martins, 2007), enquanto o compromisso da psicanálise é com a verdade de cada um. Advertido disso, não podemos nos comprometer com o bem comum, com uma (re)adequação/adaptação, com uma normatização, com a taxonomia ou contabilização de parâmetros. Esse outro trabalho pode ser importante, ter uma função social. Deve haver quem o faça e não é um analista. Esse é um limite da psicanálise.

Desse modo, apresentamos a seguir uma clínica que nos obriga a nos referenciarmos a alguns pontos conceituais principalmente a realidade como psíquica, o objeto da satisfação enquanto irrecuperável e da função do corpo na construção dessa realidade.

3. VINHETAS CLÍNICAS²⁴

Deu meu coração de ficar abatido de bater sem sentido
Meu coração surrado deu de arrancar o curativo
deu de inventar palavras pra curar de significado
o escuro aço denso do silêncio do coração trespassado
(Kleber Albuquerque, 2006)

A chegada ao serviço não é necessariamente um pedido direcionado à psicologia, muito menos à psicanálise. Às vezes é só um pedido de acesso ao processo transexualizador. Por vezes recebemos alguns pedidos bem diretos: quero transicionar. Eu me sinto neste ou naquele gênero e quero ser lido/a assim.

Frente a qualquer demanda, o que pode um psicanalista? Pode acolhê-la. Parece simples e banal, mas não é. Acolher é realmente dar lugar, um lugar digno, protegido, amparado. Acolher a demanda é tomá-la bem a sério, palavra por palavra, na língua deste que chega, que é sempre estrangeira, ou *pidgin*, como adverte Lacan no seminário 9. Assim, para acolher a demanda o analista se dispõe a conhecer essa língua nova. Para buscar ser alcançada “toda demanda de satisfação de uma necessidade tem que passar pelos desfiladeiros da articulação que a linguagem torna obrigatórios” (Lacan, 1957-58, p.439) Por isso, pedimos que seja retomada e explicada para que nessa tradução em palavras possa nos ensinar a língua nova, e criar um laço de trabalho incluindo o analista “numa das séries psíquicas que o paciente já formou” (Freud, 1912, p.112), instituindo a transferência. Esta, a transferência permitirá que o material a ser trabalhado possa surgir. Freud nos previne quanto à importância da presença do analista, pois o material a ser trabalhado não pode ser pego *in effigie*, *in absentia*. Apesar disso, parece impossível não mencionar que não há outro modo de pegá-lo a não ser *in absentia*, se lembrarmos que só temos a nosso alcance a representação, que faz ausência na presença e presença na ausência.

É essa advertência que nos baliza quanto à ideia de responder à demanda. Por um lado, “Se o psicanalista não pode atender à demanda, é apenas porque atendê-la é forçosamente decepcioná-la, uma vez que o que se demanda, de qualquer modo, é Outra

²⁴ As vinhetas apresentadas neste artigo não se configuram como estudos de caso, são pequenos recortes de cada um dos casos e os nomes apresentados são fictícios a fim de manter o sigilo.

Coisa, e que é justamente isso que é preciso vir a saber” (Lacan, 1967, p.343). Por outro, “Desde que o Outro não mais responda, o sujeito é remetido à sua própria demanda, é colocado numa certa relação com sua demanda” (Lacan, 1957-58), p.489) que impele o sujeito a revê-la, e quiçá, querer saber o que ela representa para ele.

O que nos remete a mais um problema clínico: a transferência. Como fica esse conceito nessa clínica? Freud sublinhou o caráter significante da transferência ao afirmar que se trata de uma *substituição*, a figura do praticante é colocada numa série psíquica já pronta, assim quando o paciente se dirige a nós, há mais alguém em questão. Como é isso na psicose que dissemos essa função significante não se inscreveu como na neurose? Lacan nos auxilia ao afirmar que a transferência é um “pressuposto”, ou seja, uma “suposição”. “Trata-se de uma premissa da qual o paciente parte. (...) O neurótico vê em seu analista ‘o sujeito suposto saber’(...) o psicótico vê em seu analista ‘o sujeito suposto ser’. Ser o Outro da Demanda. Ser o Outro da castração” (Godino, 1988, p.170).

Vamos, pois aos trechos de casos.

Caso 1. Geysa era uma pessoa bem-sucedida profissionalmente falando, mas infeliz. Viveu muitos anos no nome dado pelos pais, Henrique. Fala daquele tempo como se fosse um tempo em suspenso, que não é, mas tampouco acabou, porque ainda usa o *fantasma* como chama esse seu outro eu, o Henrique. Refere-se a essa identidade anterior como um disfarce. Começou a se perceber no outro gênero na adolescência e viver isso apenas em seu quarto, “era fetichista” afirma sem qualquer problema quanto a isso. Porém quando adulto, resolveu buscar na internet seu interesse e conheceu várias outras pessoas parecidas. Após alguns encontros, decidiu se soltar e viver aquilo. Veio encaminhada de outra colega que começou o trabalho e não pôde continuar. Chegou a mim já transicionada e traz reflexões a cerca do que significa para ela a vida como mulher trans.

Percebe com o trabalho, que a decisão de assumir esse outro gênero lhe custou caro, pois custou a vida profissional, agora não tem muitos motivos para sair de casa, fica muito só. Entretanto, o ganho lhe parece compensar. Sabe muito claramente que é trans e não tem intenção de negar isso. Aceita que não seja bem recebida em todos os lugares, afirmando que as pessoas têm seus problemas e refere buscar ser tolerante com ela e com o outro. A transição lhe deixou menos irascível, menos agressiva. Hoje tem amigos e pode conviver,

ainda que numa convivência virtual. Geysa não se sente mais o tempo todo em xeque, como relata ter sido a vida do *fantasma*. Ele, o Henrique, estava sempre tendo que provar ser o que não era, como se precisasse dar consistência a algo que beirava ruir a qualquer momento. Ela fala de muitos momentos da infância em que sentia essa inconsistência, como se literalmente não houvesse a imagem no espelho, conta da falta de lugar na família e que se sentia preterida perante os irmãos. Relata essa fragilidade de modo assustadoramente palpável, como se aquela realidade estivesse na nossa frente e pudéssemos tocar nas cenas. Muito detalhista, sabe muitas datas e muitos detalhes do lugar onde morava com a família, onde viajavam de férias, da escola. De um acesso que nos mostra a falta de barreira do recalque. Seu detalhamento é rebuscado, pois conhece bem a língua o que parece querer mostrar. Ao falar da decisão pela transição, conta que estava muito difícil carregar o morto e não poderia ser mais literal. Aquele que era para seus pais era um menino morto, que já nasceu morto, aliás, a mãe tinha tido tantos abortos que já não acreditava na sobrevivência desse filho. Era demasiado cuidadosa. Cuidados com o corpo que Geysa mantém até hoje com exercícios, no banho, no zelo com a alimentação, igual ao que a mãe fazia, diz ela. Na sua história, o pai foi aquele que preferiu os irmãos. A mãe também, pois parecia indiferente, conta. Ela não usa essas palavras, mas dizemos: a mãe estava apagada, não parecia estar em coisa alguma. Hoje, diz ser igual à mãe, não tem mais os rompantes agressivos, as brigas ficaram para trás, está apagada, num apagamento que lhe é confortável. Sua queixa é uma certa tristeza que tomou o lugar da agressividade e a preocupação com o dia em que o dinheiro acabar, afinal não consegue trabalho na sua área.

Geysa mostra como uma transição pode ser apaziguadora. Mostra, pois é de uma calma que se vê. A imagem masculina lhe suscitava responder desde aquilo que imaginariamente registrou como viril: a hostilidade paterna. Uma virilidade que nunca alcançou, que lhe exigia uma força descomunal e terminava precisando dar mostras em ato já que a diferença sexual nunca pôde sair desse campo imaginário. Ao se fazer igual a mãe, sabe que não é como as outras mulheres, e nem quer ser. O corpo não lhe incomoda, não tem qualquer aversão a ele, aliás, ele quase não existe. Ao construir sua história em análise, vai dando significação a tudo isso que apesar de muito vívido e claro, não é uma história do qual tenha se apropriado antes. Vem construindo um modo de se relacionar com o corpo que não é apenas da ordem da obrigação do que deve fazer, mas daquilo que pode gostar.

Assusta-se ao perceber que a tristeza é um modo de ser agressiva e busca se livrar disso, mas as palavras vão dando voltas e buscando contornar o impossível. Está estável e segue no trabalho.

Caso 2. Fernanda não foi minha paciente, mas escutei o caso várias vezes de modo que considere importante relatar de modo a fazer uma breve advertência. Pedro, como era seu nome de registro chegou ao serviço solicitando a transição urgentemente. Um homem muito bonito, que vivia no meio gay, apesar de certo desconforto. Ao receber o pedido, o profissional acolheu e quis saber da sua história, no que foi muito breve, não queria contar a história, queria saber como estar com os homens. No segundo mês de acompanhamento, começou a tomar hormônios e viu que a transição iria demorar assim que fez de uma sessão para outra um *megahair* e um implante mamário sem nada dizer a quem lhe acompanhava. Fez uma transformação incrível em um mês com cirurgia e tratamento estético. *Montou* – como costumam dizer as nossas pacientes – uma mulher linda também. Ficou assim cerca de 6 meses e queria retificar o nome. Conseguiu um parecer para mudança de nome, porém quem lhe acompanhava não pôde mais seguir com o caso e me encaminhou. Ela veio uma vez e decidiu procurar outra pessoa. Foi outras poucas vezes com outro colega e decidiu procurar um psiquiatra, desistir da terapia. Tomou fluoxetina por menos de cerca de 4 meses e surtou. Foi internada. Havia conseguido a retificação do registro civil. Pela única entrevista, cogito dizer que mudar o nome foi demais para ele. Já não podia sustentar aquela imagem. Talvez não pudesse ou não possa sustentar a imagem que tem hoje, de Pedro, não saberemos. Decidi manter essa descrição de caso aqui a fim de deixar um alerta quanto à gravidade do que pode estar escondido num pedido desses. E sobre o que já dissemos: nem sempre sabemos o que pedimos ao pedir o que pedimos. É preciso um espaço entre o pensar e o agir e, nesse caso, não houve. Gostaria de fazer essa breve convocação à reflexão. Não se muda de imagem do corpo como quem muda de roupa. E se não há uma parada simbólica, algo do real fará uma parada, nesse caso, foi um surto, o que não é qualquer coisa. Mas poderia ser pior. Hoje, pelo que tenho notícias, usa o nome antigo e está às voltas com essa questão judicial do nome.

Caso 3. Wagner chega pedindo a transição. Tem um nome social que usa quando se monta: Beatriz. Afirma ter muito receio do preconceito, e afirma fazer uma pose de homem heterossexual para não apanhar. Conta sua história familiar, num enredo que faz ser muito

interessante. É teatral, envolvente, fala da sua história como se contasse um filme. Traz pequenos desencontros na infância, um pai ausente, uma mãe ‘super-poderosa’ para usar a sua forma de chamá-la, irmãos que são como irmãos, inconvenientes, debochados, que fazem muito bullying. Wagner sempre pergunta a analista qual a opinião que ela faz sobre o tratamento hormonal, se o recomenda, pergunta que nunca foi respondida. Traz vários casos de sucesso de redesignação sexual, de como as mulheres trans podem ser apenas mulheres. Na sequência, conta de seu receio com sua aparência, que se acha muito masculino para transicionar. Ao longo do processo, fala dos envolvimento amorosos, dos encontros casuais, de como o vestir-se de mulher é uma fantasia gostosa. Até que começa a contar como de sua escolha pelos homens – a quem se dirige sexualmente falando, suas primeiras relações sexuais, e finalmente o primeiro namoro que teve um desfecho violento. Foi agredido na rua, segundo conta, por estar com o namorado. Mostra a marca da facada, de como quase morreu, de como o namorado foi embora e do tempo de internação. Depois disso, adotou a versão ‘sou muito homem’ como dizia. Sempre de camisa e gravata, bem arrumado, passa a contar do medo de morrer por ser gay.

Wagner conta algo que remete ao que afirma Laerte Coutinho em seu documentário. Poderia ter se tornado trans por não tolerar a ideia de ser homossexual. Não sabemos a quais impedimentos se refere Laerte quando fala disso, mas aqui sabemos que Wagner é Wagner e não Beatriz, e que seu medo era o medo da morte que nessas assustadoras coincidências da vida, fez aparecer junto do amor, não junto do sexo, do amor mesmo, quando se apaixonou e se envolveu num namoro e deixou isso público, quase morreu.

A decisão por apresentar brevemente esse caso é devido a uma possível confusão que pode haver entre a homossexualidade e a transexualidade e como isso pode aparecer nas mais variadas formas. A escuta da demanda é para interrogá-la, para querer saber mais dela e quem sabe, desdobrá-la em construções nas quais o paciente possa se apoiar para a vida.

Catherine Millot (1983) aponta que há uma diferença “radical” (p.119) entre mulheres trans e homens trans. Segundo ela, “Uns querem ser *A Mulher*, outros, ser *um homem*” (p.119). Concordamos com a autora que há uma diferença importante, apesar de preferirmos não totalizar a transexualidade como um único fenômeno, do que a autora

também está advertida. Apresentamos abaixo, com essa ressalva da diferença, alguns casos de homens trans.

Escolhemos três situações clínicas inicialmente idênticas que indicam como o trabalho com a demanda pode levar a uma resignificação desse pedido inicial. *Resignificação não significa necessariamente desistir de fazer a transição, mas uma nova posição frente àquilo que se pedia* – que pode ser, por exemplo, uma decisão em que o sujeito esteja mais advertido dos seus limites e possibilidades de suportar o que pede. Isso pode ocorrer no melhor dos casos, pois nem sempre há uma abertura ao trabalho.

Três sujeitos chegam ao serviço em momentos distintos com um pedido muito semelhante: gostariam de fazer a transição, se queixam de a voz ser muito feminina e têm certa aversão ao corpo, o que os impede de começar o tratamento hormonal é um receio quanto ao julgamento da família.

Caso 1: Andy chega pedindo uma mudança no corpo e principalmente nos documentos, mas faz a ressalva: *Não quero ser mais um LGBT sem lugar, sem estudo, sem nada nem ninguém. Eu amo minha família e quero que me aceitem, quero estudar, ter uma profissão. Então, antes de qualquer ação mais concreta quero saber como falar disso com eles.* Vem regularmente. Fala da família, dos namoros, dos estudos, dos medos, dos impasses. Sabia que era importante estar do lado masculino da vida, sem saber dizer o que mesmo isso representava na sua vida. Seu nome de registro Andréa era quase o nome do pai (André), apenas uma letra a mais para o bebê. Na adolescência começou a se fechar e com as mudanças no corpo mal podia manter o contato com a família, brigava muito com o irmão sabendo que o amava e o admirava, também se dos afastou dos pais, tendo um sentimento parecido. Começa a poder falar de uma diferença entre o masculino e o feminino pela via da oposição percebida entre tarefas domésticas e maior disposição do lado das mulheres, força e postergação do lado masculino. Vinha situando seu lugar nessa trama familiar por cerca de meio ano, usava o apelido como nome social com os amigos, começou a pensar nos namoros e no interesse pelas mulheres e então, pode vislumbrar como conversar em casa sobre ser LGBT. Muitos ensaios depois, finalmente o fez, deixou claro a todos, teve sua acolhida, seu aceite. Mantém um trabalho sobre como seria uma transição para, a seguir, questioná-la. Cerca de um ano depois do início do tratamento,

repetindo uma pergunta que a analista lhe fazia constantemente desde sua chegada, disse: sabe, isso tudo foi uma grande briga com o feminino. Ainda mantinha o lugar de quase entidade que tinham O Masculino e O Feminino. A intervenção tinha sido assim: Andy sempre dizia que o masculino lhe fazia bem, que só de se saber desse lado do leque já estava bom, e por isso, precisava passar para lado masculino, talvez só um nome bastasse. A analista então perguntava: o que mesmo você chama de masculino e feminino? Andy nunca tomou hormônios, não trocou suas roupas que sempre foram andróginas, nunca mudou o cabelo que era colorido – rosa, roxo, verde, azul ou laranja. Mas pôde se perguntar pelo seu corpo, pelo que entendia por masculino e feminino, por amor, sexo e família. Não havia propriamente uma resposta, aliás, resposta alguma colocaria a trabalho, ou modificaria a posição assumida diante da vida. A reflexão lhe fez nomear sua demanda, interrogá-la e derivá-la, apaziguando-se consigo mesma. Deu-se conta que, em seu caso, querer passar para o lado masculino do mundo representava uma briga com o feminino, com a diferença sexual que não está no que é ou não é capaz, que não significa ser mais ou menos. Pôde questionar certa submissão que via na mãe com relação a seu pai, pôde pensar no que é ser uma mulher e como amar uma mulher. Até que de súbito se viu beijando um menino na balada e isso lhe trouxe sensações nunca sentidas. Decidiu então que é uma moça. Curiosamente parou de brigar. Fez as pazes com o pai bruto e preguiçoso, com a submissão da mãe, com o feminino, fez as pazes consigo. Mas decidiu que se era uma pessoa em paz com o corpo, não podia continuar nesse ambulatório. Nunca foi mandada embora. Esse foi o jeito que encontrou de interromper o trabalho. Podia ir até ali.

Esse pequeno trecho do caso deixa como pergunta o alcance de um trabalho numa instituição. Costumamos dizer que numa instituição não se faz análise, mas o trabalho de Andy era mesmo muito rente ao analítico. Havia uma grande habilidade de se interrogar, de tomar a sério as perguntas e se implicar, mas havia algo do sexual que ainda não podia se mostrar. Não apenas ali, no trabalho analítico, havia algo do sexual que ainda não havia se mostrado para Andy na vida. Como se não tivesse ainda se encontrado com o corpo mesmo, com o avassalador da pulsão sexual. Resta a questão: será que realmente se apaziguou com seu sexo? Foi embora ao concluir que não precisava de uma transição, quando parecia prestes a dar início a uma análise propriamente dita. Teria sido diferente em outro espaço?

Caso 2. Mateo chegou do mesmo jeito. Pedia pela transição, mas havia algum receio com relação à família, perguntava-se sobre o que poderiam vir a pensar. Ele tomara a decisão de sair da casa dos pais e mudou-se de cidade. Havia questões afetivas que eram segredos, não podiam ser ditas, nem à analista; trazia os imbróglis nas relações cotidianas, sempre desencontradas nos diversos espaços que ocupava. Vivia em uma situação bem difícil, sempre sem dinheiro, sem trabalho, poucos amigos, indo mal na faculdade. Odiava sua voz, que achava muito feminina. Odiava parecer uma menina, odiava a faculdade que estava cursando, odiava o lugar onde morava, mas não podia voltar para casa dos pais, a quem também odiava. Enfim, odiava. Começou falando desse ódio tão grande e foi paulatinamente se organizando; passou a ir à faculdade para em seguida ir bem na faculdade, arrumou amigos, conseguiu um lugar melhor para morar, começou a ganhar algum dinheiro. A vida ia melhorando e restava a raiva contra o feminino, principalmente com a voz. Pedia, quase exigia os hormônios, sem poder explicar que diferença supunha que isso faria, imaginava que a solução para seus impasses viria junto com a hormonização. Percebia que havia mudado algo em si que tinha tido efeitos ao seu redor, dizia que não estava tão brabo. Tudo estava melhor. A barreira à sua felicidade era agora posta por ele em algo externo, na opinião da família, no julgamento dos pais. Sua briga foi gradualmente se restringindo a esse espaço, já não se estendendo de forma sistêmica às outras relações, a essa altura do tratamento. Isso lhe permitia cuidar da vida, trabalhando e estudando sem grandes crises de angústia. Contudo, após uma viagem à casa dos pais, algo se rompe bruscamente. Não consegue mais seguir se questionando e vai pedir a transição ao médico. Parte do seu conflito estende-se então para a instituição. Afirma ter receio quanto à transição, avisando que ainda há algo por ser investigado. A analista comunica ao profissional médico suas reticências quanto à realização da transição naquele momento. Diz ainda a Mateo, *pelo que você diz, isso não parece que vai resolver seu problema. Por que essa súbita urgência?* Apesar disso, Mateo decide junto com o médico iniciar a hormonização cerca de 8 meses depois da sua chegada ao serviço. Começa. Na sequência, pára de falar. Vem às consultas e fica na sala em silêncio, nem dirige o olhar a analista. Pergunto, questiono. Nada. Fica visivelmente mal, emagrece, mostra-se relapso com a higiene. A equipe começa a perguntar à analista o que está acontecendo com ele. Ela diz da preocupação com o caso. Deixa de vir. Depois de um tempo volta, diz finalmente que tem

um problema com a analista, mas não sabe dizer o que é, ao que se recomenda que busque outra psicóloga. Mas ele não quer mais psicólogas, e diz que não pode mais falar. Para de vir ao serviço. Oito meses depois do início do tratamento hormonal, interrompe o uso dos hormônios. Adoece, não come, não dorme. Vem à analista dizer que não pode mais falar. A equipe médica se reúne e decide recomendar retomar o uso do hormônio, que tocaria de alguma forma a disforia que teria aumentado muito. Mateo deixa de vir ao serviço. A analista se interroga sobre o que já estava lá nos últimos encontros, o que não podia ser dito sobre a família e que agora havia espreado um silêncio mórbido pela sua vida, algo que fica claro quando ele dizia não poder escutar sua voz, agora mais grave, mas ainda *meio de pato*, nem de homem, nem de mulher. Ainda odiava a voz, mas não era mais a sua voz, era um som que não podia reconhecer como seu. Não falava. E quando incitado a falar, dizia que não podia falar nem ali, nem em canto algum. A analista se indaga sobre o problema que havia com a voz. Houve um erro na direção? É possível que sim; talvez o trabalho analítico pudesse tê-lo levado a colocar um ponto de suspensão na sua decisão. Mas após a viagem o trabalho tomou um novo rumo e não pudemos saber o que houve. O fato é que a transição foi feita de forma muito precipitada, sob o efeito de um encontro desastroso com a família, que o levou a uma desesperada passagem ao ato. A hormonização se deu sem que o sujeito tivesse condições de arcar com tamanha transformação naquele momento: se a sua voz era insuportável, ele a trocou por outra que lhe era ainda mais estranha.

Caso 3. Samuel faz um pedido semelhante aos outros dois: quer a transição, mas tem muito receio sobre como a família vai tomar isso, não quer perdê-los. Afirma ter episódios de crise intensa com o corpo, refere sentir uma dor intensa, espalhada pelo corpo, visivelmente angustiado. Parece estar dizendo não a tudo, à faculdade, à família, ao corpo. Suas crises se intensificam. Chora muito e quer prontamente se livrar de tudo isso que lhe causa tanto sofrimento, mas que mal consegue situar se está no contato com os familiares, no corpo, na voz. Afirma não estar em paz em lugar algum e que se assusta ao escutar o nome social, que escolheu ao chegar no serviço. A analista diz muito prontamente que está receosa com esse início de sua transição, recomendando ao paciente que aguarde um pouco. Pergunta se Samuel aceita que ela tome uma posição contrária à sua transição, por não estar de acordo que ele inicie a transição já, nem mesmo que use o nome social. Inicialmente o paciente reage quase com um choque e, pouco depois, aparenta alívio. Apenas olha a

analista, sem discordar. A analista diz que está escutando que talvez o processo possa acontecer mais devagar, depois de mais reflexão. Os dois vão juntos até a recepção, o nome social do paciente é retirado, a analista diz que é uma recomendação dela e Samuel afirma estar de acordo. A analista escreve no prontuário que o paciente não pode ser encaminhado ao médico, nem tomar hormônios, assumindo para si essa responsabilidade quanto à parada na transição que ainda não podia ser assumida pelo paciente. O impedimento é acolhido pela equipe. A partir dessa intervenção, Samuel passou a trabalhar intensamente. Construiu sua história, pôde revisitar os impasses com o corpo e a ligação disso com fatos marcantes da infância, a relação disso com sua forma de se expressar, sua arte. Repensou a faculdade escolhida e o impasse com o tal curso, foi acolhido na universidade. Pôde falar inclusive sobre a escolha do nome, e como tirou da Isabela um Samuel. Trabalhou no sentido de viabilizar sua transição que começou quase um ano depois da sua chegada ao serviço e agradece constantemente o freio que veio de fora – *que bom que você não me deixou tomar hormônios logo* – segurando-o concretamente com relação à hormonização, mas, principalmente, simbolicamente, ao dar sustentação ao trabalho que ele tinha pela frente, mantendo a pergunta sobre seu sofrimento com a vida, construindo junto com o paciente estofo significativo que lhe permitissem sustentar suas ações. Fez sua transição, podendo refletir a cada passo, construindo seu modo de transicionar e de se fazer presente no mundo. Tem dois anos de transição, documentos retificados, aguardando retirada das mamas.

Todos esses casos apontam para a necessidade de refletirmos sobre o papel da acolhida dessa demanda. Suspender a ação frente a um pedido é possibilitado ao psicanalista por conhecer a impossibilidade de satisfação na sua concretização. O humano sofre por ser determinado por uma estrutura de linguagem e a demanda apenas veicula essa mensagem cifrada (Lacan, 1957-58). Não se trata para o psicanalista de dizer sim ou não à demanda, mas de poder fazer com que o sujeito possa responder pelo seu pedido. O ato de responder implica vários momentos. No caso de Mateo, sua decisão se deu num instante de ver, sem que ele tivesse podido verificar suas condições para sustentar seu ato na posterioridade. Já os casos de Andy e Samuel mostram que foi possível a eles passar pelo instante em que percebem sua incerteza quanto àquilo que pediram, propiciando um tempo de elaboração que se conclui de formas muito distintas, já que Andy desiste da transição, ao passo que Samuel a leva em frente. O importante aqui é que não se trata, para ambos, da

mesma posição do ponto de partida. Andy não é mais aquele sujeito que, desejoso de fazer a transição, via-se frustrado pelos obstáculos externos, já que agora desistiu verdadeiramente. Do mesmo modo, no final do processo, Samuel pôde decidir a mesma coisa que pedia inicialmente, mas não o faz da mesma maneira. Ainda quer mudar o corpo e seu nome, mas já não está acuado diante da vida, pode tomar para si o trabalho de construí-la.

O trabalho com a demanda visa tanto permitir ao sujeito verificar se ele tem condições de arcar com as consequências daquilo que pediu quanto elaborar um modo de sustentar-se em sua decisão, qualquer que ela seja. Por isso entendemos que a ressignificação implica sempre que o sujeito possa se ressituar em relação a seu pedido inicial.

O processo de transição não se dá exclusivamente pela via dos hormônios ou da cirurgia, *mas apenas quando ela já tem um lugar na vida do sujeito*. Assim, a função de uma avaliação inicial não é dizer algo sobre alguém, mas poder levar alguém a dizer de si, a se escutar e decidir com responsabilidade sobre si mesmo. Mas, para isso, há que se fundar um lugar de trabalho, e uma confiança nesse trabalho. Lugar que ainda estava sendo fundado com Mateo e que não pode se concretizar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com a demanda na clínica trans possui algumas especificidades, já que tais pacientes pedem ao Estado e à ordem médica que realizem em si uma intervenção que envolve grandes consequências para seu corpo e para seu senso de identidade pessoal e social. O paciente é levado aqui a se submeter a uma ordem que avalia sua demanda em termos que são estranhos à forma como ele mesmo compreende seu pedido. No caso da Medicina, sua demanda é julgada em termos de saúde ou doença, tendo o paciente que provar ser portador de uma patologia a fim de conseguir um tratamento. No caso do Estado, sua demanda é também avaliada em termos dos custos econômicos.

A mudança física a que se submete uma pessoa trans é uma revolução intensa que se não estiver apoiada em algo além, não se sustenta. Verificamos que o trabalho de dar sustentação a um corpo não é algo simples, automático e que o corpo do humano está referido à linguagem. Desse modo, o pedido, o questionamento quanto ao corpo pode ser acolhido pelo analista num trabalho de construção de um eu e de uma imagem de si. Criticamos o posicionamento de que alguém pode construir por si só uma identidade e uma imagem corporal porque como vimos, ou essa identidade e imagem passa pelo Outro, ou não se sustentam. A referência ao Outro importa. Isso não significa um analista, mas um Outro, uma referência, uma alteridade.

Nesse sentido, a avaliação da demanda a ser feita por um psicanalista é de natureza muito distinta, já que não se trata de avaliar segundo critérios exteriores ao sujeito, que independam de seu consentimento. A avaliação do analista nunca é puramente objetiva, ela visa incluir o sujeito nessa avaliação, posicionando-se diante de sua própria demanda.

Tal lembrança é importante, pois a transexualidade e a travestilidade são hoje fatos da cultura, que proporcionam aos sujeitos três importantes pontos de ancoragem: uma *nomeação*, que lhes permite saber como se localizar frente aos outros grupos no mundo social; uma *identificação*, que lhes permite até certo ponto a codificação de seus modos de convívio entre iguais; e um *reconhecimento* pelo Estado, que lhes permite uma organização coletiva em prol de seus interesses. Porém, por mais importante que seja para o sujeito a sua inscrição nesse movimento, não se deve desprezar também seu esforço de medir a distância que o separa do grupo, construindo sua forma singular de existir nesse espaço.

Dar voz ao sujeito como aquele que pode responder pela singularidade de seu lugar é o que pode uma psicanálise oferecer de melhor.

Fizemos durante o trabalho uma menção ao corte. Um corte que parece sempre ser buscado na transexualidade. Cisão entre um antes e depois da transição, entre os gêneros e que muitas vezes parece estar restrito ao corpo. Contudo, como vimos com esse percurso, há a possibilidade de um outro corte, uma parada que leve a interrogar e saber de si mesmo. Por isso o corte na psicanálise é justo um corte na demanda, o que é muito distinto do corte da medicina, feito no corpo. Este corte, que por vezes é possível, faz alusão àquele que dissemos ser feito inicialmente no humano quando do consentimento com a representação, com a palavra. Se um corte dessa ordem é possível, podemos construir uma representação simbólica que ancora o corpo, nomeando suas bordas e seus reflexos.

Esse trabalho convoca a reflexões constantes e nos faz questionar sempre o que se faz e desde onde o fazemos.

Concluimos, portanto, abrindo uma nova questão. Observamos no ambulatório as mudanças de nomes que mantém algo do dado familiar. A Carla passa a se chamar Carlos; O Alan, Alana; O David, Danieli... Verificamos que, em geral, a primeira letra do nome é algo muito importante. Nos perguntamos: por que? A pergunta se intensifica quando vemos que A Beatriz escolhe o nome Tiago, mas sabemos que ela chamada Titi na família; Ou a Suzana se nomeia Cezar, mas contando que em casa era a imperadora. Ou seja, há na escolha do nome algo da história de vida que se fixa no prénome de alguma forma. Entretanto, algumas pessoas têm as formas mais curiosas de ligarem a um nome. O Jeferson se chama assim porque um dia foi confundido na rua e de lá para cá, só se chama assim. O mesmo aconteceu com a Eliza. E ainda há pessoas que dizem não ter um nome, que não se sentem representadas por nome algum e usam apenas uma letra. Essa é a mais nova pergunta que as pessoas trans me levaram a fazer.

É muito comum na comunidade trans escutar que pessoas cis não podem falar sobre a realidade trans, já que não passaram por essas experiências. Porém a clínica com os sujeitos trans nos leva a questionar a ideia de uma realidade trans única. Existe apenas um único jeito de ser trans? Havia “o verdadeiro trans”? Pode então, alguém ser mais trans que outro alguém? Por acaso existe “a realidade cis” e “a realidade trans”? Alguém vai um dia

poder dizer toda essa verdade sobre o que é ser um homem ou uma mulher? Pensamos que não. E por discordar dessa ideia de verdade trans, de unicidade trans, dizemos que as pessoas trans devem ser ouvidas, devem poder falar de si e da sua realidade, ter sua fala valorizada, respeitada. Não chegaremos a uma única verdade, a uma única língua, seremos estrangeiros. Mas podemos aprender a consentir, a conviver. Podemos aprender inclusive a nos dizer. Porque se realidade é psíquica, de cada um, importa que possa chegar ao Outro. Sempre e a cada vez.

REFERÊNCIAS

- Alberti, Sonia. A perversão, o desejo e a pulsão. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 5(2), 341-360. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000200008&lng=pt&tlng=pt Acesso em 27 de abril de 2019.
- Alberti, S., & Elia, L. Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 779-802, 2008.
- Arán, M.. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora* (Rio de Janeiro) v. IX n. 1, 49-63, jan/jun 2006.
- Assis Valente, J.(1937). *Camisa Listrada*. Carmen Miranda. Álbum Fon-fon. Odeon Records.
- Borba, Rodrigo. *(Des)aprendendo a ser. Trajetórias de socialização e performances narrativas no processo transexualizador*. Tese apresentada ao Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Linguística Aplicada. UFRJ, 2014.
- Bento, Berenice. Transexuais, corpos e próteses. *Labrys: Estudos Feministas*, n. 4, ago./dez. 2003. Disponível em: <http://www.tanianavarrosuain.com.br/labrys/labrys4/textos/berenice2mf.htm> Acesso em 25 de abril de 2018.
- Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Brasil. Ministério da saúde. Portaria MS no. 2803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde(SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em 10 de abril de 2018.
- Brasil. Ministério da saúde. Portaria MS no. 457, de 19 de agosto de 2008. Regulamentação do processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em 10 de abril de 2018.
- Brum, E. Barbosa, L. *Laerte-se*. Netflix Brasil, 2017.
- Castel PH. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia de “fenômeno transexual” (1910 – 1995). *Revista Brasileira de História*, 21(41):77–111, 2001.
- Cerini, F. R. (2010) Julgamento e processo de condenação de Joana D’Arc: Teologia e Poder. In Recife Revista científica das faculdades integradas de Jaú. Jaú/SP, vol 7, n.1/2010. Disponível em: <http://www.fundacaojau.edu.br/revista7/artigos/6.pdf> Acesso em 10 de abril de 2018.

- Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a [Resolução CFM nº 1.652/02](#). Resolução CFM nº 1955/2010. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1955_2010.htm Acesso em 25 de abril de 2018.
- Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 06 de 29 de março de 2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69440957 Acesso em 27 de abril de 2019.
- Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf> Acesso em 25 de abril de 2018.
- Clavreul, J. (1978). *A ordem médica*. Poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.
- Couto, J. C. G. (2013). *Transexualidade: Passado, Presente e Futuro*. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Medicina Legal submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em: https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=30444 Acesso em 10 de abril de 2018.
- Estrada, D. D. Homo, hetero, trans: o enigma da sexualidade In: Portugal, A. M. *Destinos da sexualidade*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.
- Freud, S. (1900). A interpretação dos sonhos. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.V, 1996.
- Freud, S. (1904) O método psicanalítico de Freud. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.VII, 1996.
- Freud, S. (1905a) Fragmentos de um caso de histeria. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.VII, 1996.
- Freud, S. (1905b) Sobre a psicoterapia. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.VII, 1996.
- Freud, S. (1905c) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.VI, 2016.
- Freud, S. (1906) Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.VII, 1996.

- Freud, S. (1908) A moral sexual “cultural” e o nervosismo moderno. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.VIII, 2015.
- Freud, S. (1909) Análise da fobia de um garoto de cinco anos(O pequeno Hans). In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.VIII, 2015.
- Freud, S. (1910) A significação antitética das palavras primitivas. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.XI, 1996.
- Freud, S. (1911) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago v. XII, 1996.
- Freud, S. (1912) Dinâmica da transferência. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.XII, 1996.
- Freud, S. (1913) Sobre o início do tratamento. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.X, 2010.
- Freud, S. (1913) Totem e tabu. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.XI, 2010.
- Freud, S. (1914a) O narcisismo. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.XII, 2010.
- Freud, S. (1914b) Recordar, repetir e elaborar. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.XII, 1996.
- Freud, S. (1915a) A repressão. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.XII, 2010.
- Freud, S. (1915b) O inconsciente. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v. XII, 2010.
- Freud, S. (1915c) Observações sobre o amor de transferência. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.XII, 1996
- Freud, S. (1919). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v.XVII, 1996.
- Freud, S. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.XV, 2011.
- Freud, S. (1923). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.XVI, 2011.
- Freud, S. (1924). A dissolução do complexo de Édipo. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.XVI, 2011.

- Freud, S. (1925a). A negativa. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.XVI, 2011.
- Freud, S. (1925b). Autobiografia. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.XVI, 2011.
- Freud, S. (1925c). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: Obras Completas. São Paulo: Companhia das letras, v.XVI, 2011.
- Freud, S. (1929-30). Mal estar na civilização. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI, 1996.
- Freud, S. (1937). Análise terminável e interminável. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1996.
- Freud, S. (1937). Construções em análise. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1996.
- Freud, S. (1940). Esboço de psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII
- Frignet, H. O transexualismo [tradução Procópio Abreu]. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.
- Godino Cabas, A. A função do falo na loucura. Campinas: Papirus, 1988.
- Godino Cabas, A. Curso e discurso. São Paulo: Editora Moraes, 1981.
- Godino Cabas, A. El narcisismo y sus destinos. Buenos Aires: Editorial Trieb, 1980.
- Hyppolite, J. (1954). Comentário falado sobre a “Verneinung” de Freud. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- Jesus, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos / Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília, 2012.
- Jorge, M. A. C. e Travassos, N. P. A epidemia transexual: histeria na era da ciência e da globalização? In *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 20(2), 307-330, jun. 2017.
- Lacan, J. (1936) Para além do princípio de realidade. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Lacan, J. (1938). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2003.
- Lacan, J. (1946). Formulações sobre a causalidade psíquica. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Lacan, J. (1948). A agressividade em psicanálise. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

- Lacan, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Lacan, J. (1953). O mito individual do neurótico. In *Falo Revista brasileira do campo freudiano*, nº1. Bahia: Fator editora, 1987.
- Lacan, J. (1953-54). *O Seminário, Livro 1, Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- Lacan, J. (1954) Introdução do comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Lacan, J. (1955) Variantes do tratamento padrão. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Lacan, J. (1957-58). *O Seminário, Livro 5, As Formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.
- Lacan, J. (1958a) A psicanálise verdadeira, e a falsa. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2003.
- Lacan, J. (1958b) De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Lacan, J. (1959-60) *Seminário, Livro 7, A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- Lacan, J. (1960) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Lacan, J. (1964) *O Seminário, livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Jorge Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1979.
- Lacan, J. (1966) De nossos antecedentes. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Lacan, J. (1967) A psicanálise. Razão de um fracasso. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Lacan, J. (1969-70). *O Seminário, livro 17, O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1992.
- Lacan, J. (1971). *O Seminário, Livro 18, De um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.
- Lefort, R. (1980) O nascimento do Outro. Salvador: Fator, 1984.
- Miller, J.A. (2008) A imagem do corpo em psicanálise. *Opção lacaniana* nº52, p17-27.
- Millot, C. (1983). *Extrasexo: ensaio sobre o transexualismo*, São Paulo: Escuta, 1992.

- Saadeh, A. Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. Tese apresentada ao Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004
- Safouan, M. (1974). Estudios sobre el Edipo. Madrid: Siglo veintiuno editores, 1986.
- Safouan, M. (1979). O fracasso do princípio do prazer. Campinas: Papirus, 1988.
- Souza, A. F. de. (2010) A mulher-faraó: Representações da Rainha Hatshepsut como instrumento de legitimação (Egito Antigo – Século XV A.C.) Disponível em: <http://www.historia.uff.br/stricto/td/1368.pdf> Acesso em 10 de abril de 2018.
- Sauret, M.-J. (2008). Psicanálise, psicoterapias, ainda... *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1) Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100004&lng=pt&tlng=pt Acesso em 25 de abril de 2018.
- Rizzi, M. Doctor James Barry (1795-1865), Inspector General de Hospitales de su Majestad Británica. *Rev Méd Urug* 2012; 28(1): 66-74), disponível em <http://www.rmu.org.uy/revista/2012v1/art10.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2018.
- Tatit, P. e Tatit, Z. (2017). *Cuida com cuidado*, Palavra cantada. Álbum Bafafá.
- Tramontano, L. A fixação e a transitoriedade do gênero molecular. In *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre. Ano 23, n. 47, p. 163-189, jan./abr. 2017.
- WPATH, Standards of Care, 7ª versão, 2012, em Português. Disponível em https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf Acesso em 10 de abril de 2018.
- Westphal, L. O transexualismo como suplência na psicose. In *Ágora*. Rio de Janeiro. v. XVIII n.1, 11-24, jan/jun 2015
- Yalom, I. Os desafios da terapia. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006